Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/4691

22. 05. 96

Beschlußempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuß)

zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Weiterentwicklungsgesetz – GKVWG –)
– Drucksache 13/3608 –

und dem Gesetzentwurf der Fraktion der SPD

Entwurf eines Zweiten Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG II)
– Drucksache 13/3607 –

und dem Antrag der Abgeordneten Monika Knoche, Marina Steindor, Marieluise Beck (Bremen), weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Umbau und Weiterentwicklung der Gesundheitsstruktur
– Drucksache 13/3612 –

A. Problem

a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.

Zunehmend wird erkennbar, daß eine noch stärkere Regulierung und Kontrolle des Gesundheitswesens durch zusätzliche Interventionen des Gesetzgebers nicht geeignet sind, stabile Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Dauer zu gewährleisten. Auch lassen die ausgabenbegrenzenden Wirkungen der Sofortmaßnahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes nach.

Mit dem Gesetzentwurf sollen daher die Selbststeuerungskräfte im Gesundheitswesen deutlich gestärkt werden, indem den Selbstverwaltungen weitestgehend Leistungs- und Finanzverantwortung übertragen wird. Ziel ist es, ein sich selbst steuerndes System zu schaffen. Dieses muß das medizinisch Erforderliche mit dem volkswirtschaftlich Vertretbaren und dem Versicherten Zumutbaren in Einklang bringen.

b) Gesetzentwurf der Fraktion der SPD

Mit den Bestimmungen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) von 1993 wurden die Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend umgestaltet und an wettbewerblichen Prinzipien orientiert. Zentrales Instrument war dabei die freie Wahl der Krankenkasse für jeden Versicherten. Die entscheidenden Reformelemente des GSG sollten in den Jahren 1996 und 1997 wirksam werden. Die dazu notwendigen Vorbereitungen der Exekutive sind jedoch entweder nur zögerlich eingeleitet oder ganz unterlassen worden. Zum Teil sind sie – wie die Streichung der Arzneimittelpositivliste aus dem Krankenversicherungsrecht zeigt – sogar revidiert worden. Die aktuelle Finanzkrise der Krankenkassen ist die direkte Folge dieser verfehlten Politik. Deshalb ist das Gesundheitswesen auf der Grundlage des GSG jetzt weiterzuentwickeln.

c) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Nach Ansicht der Antragsteller hat das Gesundheitsstrukturgesetz den Anspruch gestellt, das Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung aus den Jahren 1990 und 1991 auszugleichen, für eine begrenzte Zeit über eine sektorale Budgetierung eine Kostendämpfung zu ermöglichen, die zukünftige neue Finanzierungsform für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vorzubereiten und einzuleiten sowie mit strukturellen Änderungen die erkannten Systemfehler des Gesundheitswesens anzugehen. Die Erwartungen haben sich nicht erfüllt, im Gegenteil sind gravierende strukturelle Mängel sichtbar geworden.

B. Lösung

Die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen werden umfassend erweitert. Diese nehmen künftig eine erhöhte Leistungsverantwortung wahr, die durch die Liberalisierung des Vertragsrechts, durch eine deutlich erweiterte Kompetenz für Modellvorhaben sowie durch zusätzliche Entscheidungsspielräume für die satzungsrechtliche Ausgestaltung bestimmter Leistungen erreicht wird. Auch die Finanzverantwortung der Selbstverwaltungen wird ausgebaut. Die inhaltlichen und formellen Voraussetzungen insbesondere für Beitragssatzerhöhungen werden verschärft. Die Befugnisse der staatlichen Aufsicht werden dementsprechend zurückgenommen.

Durch die von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eingebrachten und vom Ausschuß mehrheitlich angenommenen Änderungsanträge werden im wesentlichen folgende Änderungen vorgesehen:

- Die Anhebung der Zuzahlung wird gestrichen. Diese wird in das Beitragsentlastungsgesetz transferiert.
- Bei den Gestaltungsleistungen (§ 54) wird den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, auch Ermessensleistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention, Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie Zuschüsse zur Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung als Satzungsleistung mit kollektiver Zuzahlung der Versicherten vorzusehen.
- Die Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) wird von 4 auf 2 v. H. vermindert.
- Bei Modellvorhaben wird den Betroffenen die Möglichkeit der Abgabe einer Stellungnahme eingeräumt.
- Durch die Neuregelung in § 87 Abs. 2a SGB V soll eine übermäßige Mengenausweitung vermieden werden.
- Bei streitigen Nachbesetzungsverfahren soll eine wertverlustfreie Praxisübergabe erfolgen.
- Die Haftung des Vorstandes einer Krankenkasse wird verschärft.
- Die Schiedsstelle im Krankenhausbereich wird um zwei unparteiische Beisitzer erweitert.
- Die Beschlußfähigkeit der Schiedsämter für die vertragsärztliche Versorgung wird sichergestellt.

Mehrheitsentscheidung

Der so geänderte Gesetzentwurf wurde mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und des Mitglieds der Gruppe der PDS angenommen.

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs und Zustimmung zu dem Gesetzentwurf der Fraktion der SPD oder dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

D. Kosten

Das GKV-Weiterentwicklungsgesetz führt zu finanziellen Entlastungen in der gesetzlichen Krankenversicherung und dient der Stabilisierung der Beitragssätze der Krankenkassen. Mehrausgaben entstehen durch das Gesetz nicht.

Beschlußempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

1. den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. – Drucksache 13/3608 – in der aus der anliegenden Zusammenfassung ersichtlichen Fassung anzunehmen,
2. den Gesetzentwurf der Fraktion der SPD – Drucksache 13/3607 – abzulehnen und
3. den Antrag der Abgeordneten Monika Knoche, Marina Steindor, Marieluise Beck (Bremen), weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 13/3612 – abzulehnen.

Bonn, den 22. Mai 1966

Der Ausschuß für Gesundheit

Dr. Dieter Thomae	**Klaus Kirschner**
Vorsitzender	Berichterstatter

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Weiterentwicklungsgesetz – GKVWG –) – Drucksache 13/3608 – mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuß)

Entwurf

—

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Weiterentwicklungsgesetz – GKVWG –)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

Artikel 1	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 2	Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 3	Änderung der Reichsversicherungsordnung
Artikel 4	Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
Artikel 5	Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
Artikel 6	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Artikel 7	Rechtsangleichung
Artikel 8	Inkrafttreten

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch . . ., wird wie folgt geändert:

1. § 13 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

   „(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen wählen, die sie von den im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringern in An-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

—

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Weiterentwicklungsgesetz – GKVWG –)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

Artikel 1	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 2	Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 3	Änderung der Reichsversicherungsordnung
Artikel 4	Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
Artikel 5	Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
Artikel 6	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Artikel 6 a	**Änderung der Schiedsamtsverordnung**
Artikel 7	Rechtsangleichung
Artikel 8	Inkrafttreten

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch . . ., wird wie folgt geändert:

1. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
spruch nehmen. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95 b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Die Satzung kann dabei auch bestimmen, daß die Versicherten an ihre Wahl der Kostenerstattung für einen in der Satzung festgelegten Zeitraum gebunden sind. Die Satzung kann für Verwaltungsmehrkosten einen Abschlag vom Erstattungsbetrag vorsehen."	
b) Absatz 4 wird gestrichen.	
2. *In § 23 Abs. 6 Satz 1 wird die Angabe „39 Abs. 4" durch die Angabe „40 Abs. 5" ersetzt.*	**2. entfällt**
3. In § 27 Abs. 1 wird nach Nummer 3 folgende Nummer eingefügt: „3 a. Rettungsdienst und Krankentransport,".	3. unverändert
4. *§ 31 Abs. 3 und 4 wird wie folgt gefaßt:* *„(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung für kleine Packungsgrößen drei Deutsche Mark je Packung, für mittlere Packungsgrößen fünf Deutsche Mark je Packung und für große Packungsgrößen sieben Deutsche Mark je Packung, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Das Nähere bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Bluttèststreifen.* *(4) Vom 1. Juli 1997 an sind die nach § 62 a angepaßten Zuzahlungsbeträge zu leisten."*	**4. entfällt**
5. § 35 wird wie folgt gefaßt: „§ 35 Festbeträge für Arzneimittel (1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Apotheker auf Bundesebene sowie der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene für Arzneimittel die Festbeträge festzusetzen, bis zu deren Höhe die Krankenkasse die Kosten trägt (§ 31 Abs. 2). Das Bundesministerium für Gesundheit setzt die Festbeträge für Arzneimittel auf Grund der ihm nach den Absätzen 3 und 4 vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen sowie von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vorgelegten Vorschläge nach Prüfung ihrer Vereinbarkeit mit	5. unverändert

Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses

den in den Absätzen 2 bis 5 genannten Voraussetzungen fest. Die Festbeträge sind mindestens einmal im Jahr zu überprüfen; sie sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen; die Absätze 3 und 4 sind entsprechend anzuwenden.

(2) Die Festbeträge sind so festzusetzen, daß sie im allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. Bei der Festsetzung ist soweit wie möglich sicherzustellen, daß eine für die Therapie hinreichende Arzneimittelauswahl möglich ist.

(3) Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen übermittelt dem Bundesministerium für Gesundheit Vorschläge, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In den Gruppen sollen Arzneimittel mit

1. denselben Wirkstoffen,
2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,
3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen,

zusammengefaßt werden; unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind. Die nach Satz 2 Nr. 2 und 3 gebildeten Gruppen müssen gewährleisten, daß Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen; ausgenommen von diesen Gruppen sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist und die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. Als neuartig gilt ein Wirkstoff, solange derjenige Wirkstoff, der als erster dieser Wirkstoffgruppe in Verkehr gebracht worden ist, unter Patentschutz steht. Für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, die nach dem 31. Dezember 1995 zugelassen worden sind, werden Festbeträge der Gruppen nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 nicht gebildet. Wenn Festbetragsgruppen nach Satz 2 Nr. 1 für Arzneimittel gebildet werden können, dürfen diese Arzneimittel nicht in Gruppen nach Satz 2 Nr. 2 und 3 mit Arzneimitteln mit patentgeschützten Wirkstoffen zusammengefaßt werden. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen ermittelt auch die rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder andere geeignete Vergleichsgrößen, auf deren Grundlage die Spitzenverbände der Krankenkassen ihren Vorschlag zur Festbetragsfestsetzung erarbeiten. Das Bundesministerium für

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses

Gesundheit entscheidet über die Gruppenbildung und gibt seine Entscheidung den Spitzenverbänden der Krankenkassen bekannt.

(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam und einheitlich erarbeitete Vorschläge, in welcher Höhe für die von ihm bekanntgegebenen Gruppen von Arzneimitteln auf der Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen jeweilig die Festbeträge festzusetzen sind.

(5) Zur Erarbeitung ihrer Vorschläge haben der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und die Spitzenverbände der Krankenkassen Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Apotheker auf Bundesebene und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene für Arzneimittel Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Zu den Vorschlägen zu Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen sind auch Stellungnahmen von Sachverständigen dieser Therapierichtungen einzuholen. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und die Spitzenverbände der Krankenkassen leiten die Stellungnahmen dem Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit ihren Vorschlägen zu und geben dabei auch eine Bewertung der Stellungnahmen ab.

(6) Die bis zum Inkrafttreten dieser Vorschrift festgesetzten Festbeträge gelten bis zu ihrer Änderung durch das Bundesministerium für Gesundheit fort, soweit sie nach Maßgabe des früheren Rechts festgesetzt worden sind.

(7) Gegen das Bundesministerium für Gesundheit kann Klage vor dem Landessozialgericht, in dessen Bezirk das Bundesministerium für Gesundheit seinen Sitz hat, mit dem Antrag erhoben werden, über die Gültigkeit der Rechtsverordnung zu einzelnen Festbeträgen zu entscheiden. Den Antrag kann jede natürliche oder juristische Person stellen, die durch die Festsetzung der Festbeträge einen Nachteil erlitten hat oder zu erleiden droht. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und die Spitzenverbände der Krankenkassen können beigeladen werden. Das Landessozialgericht entscheidet durch Urteil. Hält das Landessozialgericht die Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit für ungültig, so erklärt es sie für nichtig. In diesem Fall ist die Entscheidung allgemein verbindlich und die Entscheidungsformel vom Antragsgegner ebenso zu veröffentlichen wie die Rechtsvorschrift bekannt gemacht worden ist. Gegen die Entscheidung des Landessozialgerichts ist die Revision zum Bundessozialgericht zulässig.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Die Revision hat aufschiebende Wirkung. Das Landessozialgericht kann auf Antrag eine einstweilige Anordnung erlassen, wenn die Gefahr besteht, daß schwere und unmittelbare, anders nicht abwendbare Nachteile entstehen, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre."	
6. Nach § 36 wird folgender Paragraph eingefügt:	6. unverändert
„§ 36a Rettungsdienst und Krankentransport	
(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen des Rettungsdienstes. Dieser umfaßt die notfallmedizinische Versorgung und die Transportleistung.	
(2) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen des Krankentransports. Dieser umfaßt Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist.	
(3) Für die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe der nach § 133 vereinbarten Vergütungen abzüglich des in § 60 Abs. 2 genannten Betrages. Werden Leistungserbringer in Anspruch genommen, mit denen kein Vertrag nach § 133 besteht, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des Rechnungsbetrages, höchstens jedoch in Höhe der preisgünstigsten nach § 133 vereinbarten Vergütung. Bei Leistungen nach Absatz 1 zieht die Krankenkasse den in § 60 Abs. 2 genannten Betrag von den Versicherten ein. § 60 Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend."	
7. *§ 39 Abs. 4 wird wie folgt geändert:*	**7. entfällt**
a) In Satz 1 wird die Zahl „11" durch die Zahl „12" ersetzt.	
b) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:	
„Vom 1. Juli 1997 an ist der nach § 62 a angepaßte Zuzahlungsbetrag zu leisten."	
8. *§ 40 wird wie folgt geändert:*	**8. entfällt**
a) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:	
„(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag 25 Deutsche Mark an die Einrichtung. Vom 1. Juli 1999 an ist der nach § 62a angepaßte Zuzahlungsbetrag zu leisten."	
b) Folgende Absätze werden angefügt:	
„(6) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 2 in Anspruch nehmen, die einer Krankenhausbehandlung vergleichbar ist oder sich an eine Krankenhausbehandlung anschließt, um deren Ziel zu erreichen (Anschlußheilbehandlung), zahlen den sich nach § 39 Abs. 4	

Entwurf

ergebenden Betrag für längstens 14 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 2 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(7) Versicherte, die eine Maßnahme in Anspruch nehmen, für die eine Zuzahlung nach Absatz 5 zu leisten ist, haben sich für je fünf Arbeitstage der Dauer dieser Maßnahme zwei Tage Urlaub anrechnen zu lassen."

9. Nach § 52 wird folgender Titel eingefügt:

„Vierter Titel
Gestaltungsleistungen

§ 53
Grundsatz

(1) Die Krankenkasse kann nach Maßgabe der folgenden Vorschriften in ihrer Satzung Leistungen eigenverantwortlich gestalten.

(2) Die Gestaltungsleistungen gelten für alle Versicherten der Krankenkasse.

§ 54
Erweiterte Leistungen

(1) Die Krankenkasse kann nur die in diesem Buch vorgesehenen Leistungen erweitern. Die Inanspruchnahme von im Vierten Kapitel nicht genannten Leistungserbringern ist nicht zulässig.

(2) Ärztliche und zahnärztliche Behandlung (§ 28), Krankenhausbehandlung (§ 39) einschließlich Wahlleistungen (§ 22 der Bundespflegesatzverordnung 1995), Krankengeld (§§ 44 bis 51), Sterbegeld (§§ 58 und 59) und Leistungen zur Behandlung und Verhütung von Krankheiten während eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts (§§ 18, 20 *Abs. 3 Satz 4*) können nicht erweitert werden.

(3) Die Krankenkasse hat die Ausgaben für erweiterte Leistungen einschließlich der auf diese entfallenden Verwaltungskosten getrennt auszuweisen. Die Beiträge für diese Leistungen sind von den Versicherten allein zu tragen.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

9. Nach § 52 wird folgender Titel eingefügt:

„Vierter Titel
Gestaltungsleistungen

§ 53
unverändert

§ 54
Erweiterte Leistungen

(1) Die Krankenkasse kann nur die in diesem Buch vorgesehenen Leistungen erweitern. Die Inanspruchnahme von im Vierten Kapitel nicht genannten Leistungserbringern ist nicht zulässig; **vorgesehen werden können auch Ermessensleistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention, Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie Zuschüsse zur Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung.**

(2) Ärztliche und zahnärztliche Behandlung (§ 28), Krankenhausbehandlung (§ 39) einschließlich Wahlleistungen (§ 22 der Bundespflegesatzverordnung 1995), Krankengeld (§§ 44 bis 51), Sterbegeld (§§ 58 und 59) und Leistungen zur Behandlung und Verhütung von Krankheiten während eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts (§§ 18 **und** 20) können nicht erweitert werden.

(3) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 55 Zuzahlungen	§ 55 unverändert
Die Krankenkasse kann Zuzahlungen, die in diesem Buch vorgesehen sind, erhöhen; die Einführung neuer Zuzahlungen ist nicht zulässig.	
§ 56 Beitragsrückzahlung	§ 56 unverändert
Die Krankenkasse kann für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Beitragsrückzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 versicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Rückzahlung beträgt jährlich ein Zwölftel des Jahresbeitrags des Mitglieds, bei Arbeitnehmern einschließlich des Arbeitgeberanteils, und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Waren die Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen niedriger als der in Satz 2 genannte Betrag, wird der Unterschiedsbetrag zurückgezahlt. Die im Dritten und Vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2, § 24 bis § 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.	
§ 57 Selbstbehalt	§ 57 unverändert
Die Krankenkasse kann vorsehen, daß Versicherte, die Kostenerstattung (§ 13) in Anspruch nehmen, jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen (Selbstbehalt). Die Beiträge ausschließlich des Arbeitgeberanteils und des Zuschusses nach § 257 sind für diese Versicherten entsprechend zu ermäßigen. Die Satzung regelt die Höhe der Selbstbehalte und die damit verbundenen Beitragsermäßigungen."	
10. § 60 wird wie folgt geändert:	10. § 60 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „einschließlich der Transporte nach § 133 (Fahrkosten)" gestrichen.	a) unverändert
b) Absatz 2 *wird wie folgt geändert:*	b) **In** Absatz 2 **Satz 1 werden die Nummern 2 und 3 gestrichen; Nummer 4 wird Nummer 2.**
aa) In Satz 1 werden die Nummern 2 und 3 gestrichen; Nummer 4 wird Nummer 2.	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Vom 1. Juli 1997 an tritt der nach § 62 a angepaßte Zuzahlungsbetrag an die Stelle des in den Sätzen 1 und 3 genannten Deutsche Mark-Betrages."	
c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	c) unverändert
aa) In Nummer 2 wird die Angabe „§ 133" durch die Worte „dem Personenbeförderungsgesetz" ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Nummer 3 wird gestrichen; Nummer 4 wird Nummer 3.	
11. In § 61 Abs. 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „Heilmitteln" ein Komma und die Worte „Rettungsdiensten und Krankentransporten" eingefügt.	11. unverändert
12. *In* § 62 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Heilmitteln" die Worte „sowie Rettungsdiensten und Krankentransporten" eingefügt.	12. § 62 Abs. 1 **wird wie folgt geändert:** **a) In** Satz 1 werden nach dem Wort „Heilmitteln" **ein Komma und** die Worte „sowie Rettungsdiensten und Krankentransporten" eingefügt. **b) Satz 2 wird wie folgt gefaßt:** **„Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt."**
13. Nach § 62 wird folgender § 62a eingefügt:	13. Nach § 62 wird folgender § 62a eingefügt:
„§ 62a Anpassung der Zuzahlungsbeträge	„§ 62a Anpassung der Zuzahlungsbeträge
(1) Die in *§ 23 Abs. 6,* § 24 Abs. 3, *§ 31 Abs. 3,* § 39 Abs. 4, § 40 Abs. *5 und* 6, § 41 Abs. 3, § 60 Abs. 2 *sowie § 310 Abs. 1* genannten Zuzahlungsbeträge werden mit Wirkung vom 1. Juli 1997 an entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches in den beiden vorangegangenen Kalenderjahren angepaßt. Pfennigbeträge sind auf den nächsthöheren vollen Deutsche Mark-Betrag, im Falle des § 31 Abs. 3 auf den nächsthöheren durch 50 teilbaren Deutsche Mark-Betrag, zu runden (angepaßte Zuzahlungsbeträge). Die angepaßten Zuzahlungsbeträge werden jeweils zum 1. Juli des übernächsten Kalenderjahres erneut angepaßt; Berechnungsgrundlage sind die Beträge, die der letzten Rundung zugrunde lagen.	(1) Die in § 24 Abs. 3, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 6, § 41 Abs. 3 **sowie** § 60 Abs. 2 genannten Zuzahlungsbeträge werden mit Wirkung vom 1. Juli 1997 **die in § 23 Abs. 6, § 31 Abs. 3 sowie § 40 Abs. 5 genannnten Zuzahlungsbeträge mit Wirkung vom 1. Juli 1999** an entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches in den beiden vorangegangenen Kalenderjahren angepaßt. Pfennigbeträge sind auf den nächsthöheren vollen Deutsche Mark-Betrag, im Falle des § 31 Abs. 3 auf den nächsthöheren durch 50 teilbaren Deutsche Mark-Betrag, zu runden (angepaßte Zuzahlungsbeträge). Die angepaßten Zuzahlungsbeträge werden jeweils zum 1. Juli des übernächsten Kalenderjahres erneut angepaßt; Berechnungsgrundlage sind die Beträge, die der letzten Rundung zugrunde lagen.
(2) Das Bundesministerium für Gesundheit gibt die angepaßten Zuzahlungsbeträge jeweils bis zum 15. Oktober des der Anpassung vorangehenden Kalenderjahres bekannt."	(2) unverändert
14. Der Zehnte Abschnitt erhält folgende Überschrift:	14. unverändert
„Zehnter Abschnitt Weiterentwicklung der Versorgung"	„Zehnter Abschnitt Weiterentwicklung der Versorgung"
15. Die §§ 63 bis 65 werden wie folgt gefaßt:	15. Die §§ 63 bis 65 werden wie folgt gefaßt:
„§ 63 Grundsätze	„§ 63 Grundsätze
(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben-	(1) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
stellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 vereinbaren.	
(2) Die Krankenkassen können Modellvorhaben zu Leistungen zur Förderung der Gesundheit, Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung, die nach den Vorschriften dieses Buches oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren.	(2) unverändert
(3) Bei der Durchführung von Modellvorhaben nach Absatz 1 kann von den Vorschriften des Vierten Kapitels dieses Buches und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abgewichen werden; der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend. Gegen diesen Grundsatz wird insbesondere für den Fall nicht verstoßen, daß durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen durch nachzuweisende Einsparungen auf Grund der in dem Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen ausgeglichen werden. Einsparungen nach Satz 2 können, soweit sie die Mehraufwendungen überschreiten, auch an die an einem Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten weitergeleitet werden.	(3) unverändert
(4) Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 können nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung die Bundesausschüsse nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen haben. Fragen der medizinischen und pharmakologischen Forschung können nicht Gegenstand von Modellvorhaben sein.	(4) unverändert
(5) Ziele, Dauer und Ausgestaltung von Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten sind in der Satzung festzulegen. Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens fünf Jahre zu befristen. Die für das Modellvorhaben erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten sind spätestens ein Jahr nach Abschluß des Modellvorhabens zu anonymisieren.	(5) Ziele, Dauer und Ausgestaltung von Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten sind in der Satzung festzulegen. **Vor der Durchführung oder Vereinbarung eines Modellvorhabens ist den Verbänden der Leistungserbringer, deren wirtschaftliche Interessen von dem Modellvorhaben in erheblichem Umfang berührt werden, Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; das beabsichtigte Modellvorhaben ist deshalb in geeigneter Form bekanntzumachen. Sofern für die Durchführung eines Modellvorhabens die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten erforderlich ist, ist die schriftliche Einwilligung des Betroffenen einzuholen.** Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens fünf Jahre zu befristen. Die für das Modellvorhaben erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten sind spätestens ein Jahr nach Abschluß des Modellvorhabens zu anonymisieren.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(6) Modellvorhaben nach den Absätzen 1 und 2 können auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden vereinbart werden. Die Vorschriften dieses Abschnitts gelten entsprechend; § 64 Abs. 4 gilt nicht.	(6) unverändert
§ 64 Vereinbarungen mit Leistungserbringern	§ 64 Vereinbarungen mit Leistungserbringern
(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 schließen. Für die vertragsärztliche Versorgung sind die Vereinbarungen nach Satz 1 mit der Kassenärztlichen Vereinigung zu schließen. Die Vorschriften dieses Abschnitts für Vertragsärzte gelten auch für Vertragszahnärzte.	(1) unverändert
(2) In den Vereinbarungen nach Absatz 1 sind Regelungen zum Ziel, zur Ausgestaltung und zur Dauer der Modellvorhaben sowie zu den Voraussetzungen und Bedingungen für die Teilnahme von Leistungserbringern und ihre Vergütung zu treffen; es kann auch eine Höchstzahl der an einem Modellvorhaben zu beteiligenden Leistungserbringer bestimmt werden.	(2) unverändert
(3) Die Kassenärztliche Vereinigung schreibt die Teilnahme von Vertragsärzten an einem Modellvorhaben in den für amtliche Bekanntmachungen vorgesehenen Publikationen aus. Wird in den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 2 eine Höchstzahl der zu beteiligenden Vertragsärzte bestimmt, sind Regelungen für den Fall zu treffen, daß die Zahl der Vertragsärzte, die sich für eine Teilnahme an einem Modellvorhaben bewerben und die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, die Höchstzahl der zu beteiligenden Vertragsärzte übersteigt. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Krankenkassen oder ihre Verbände innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen der Vereinbarung über die teilnehmenden Ärzte.	(3) unverändert
(4) Ist eine Vereinbarung nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 innerhalb von vier Monaten nach Zuleitung des Entwurfs einer Vereinbarung durch die Krankenkassen oder ihre Verbände an die Kassenärztliche Vereinigung nicht zustande gekommen, hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Vertrag auf der Grundlage des Entwurfs zu schließen, wenn in einer von der Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb dieser Frist durchgeführten Abstimmung mehr als 25 vom Hundert ihrer Mitglieder oder mehr als 50 vom Hundert der Vertragsärzte, die die Voraussetzungen für eine Teilnahme an dem Modellvorhaben erfüllen, dem Entwurf zugestimmt haben. Die Kassenärztliche Vereinigung führt die Abstimmung nach Satz 1 unter entsprechender Anwendung der Regelun-	(4) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gen zur Wahl der Vertreterversammlung durch. Sind die Voraussetzungen für den Abschluß eines Vertrages nach Satz 1 erfüllt und kommt der Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist nicht zustande, kann die Krankenkasse oder ihr Verband das Schiedsamt anrufen; § 89 gilt entsprechend.	
(5) Werden in einem Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 Leistungen außerhalb der für diese Leistungen geltenden Gesamtvergütungen oder Budgets vergütet, sind die Gesamtvergütungen oder Budgets, in denen die Ausgaben für diese Leistungen enthalten sind, entsprechend der Zahl der am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten zu verringern. Kommt eine Einigung der zuständigen Vertragsparteien über die Verringerung der Gesamtvergütungen oder Budgets nach Satz 1 innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen einer Vereinbarung nach Absatz 1 nicht zustande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Vereinbarung nach Absatz 1 sind, das Schiedsamt anrufen.	(5) Werden in einem Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 Leistungen außerhalb der für diese Leistungen geltenden Gesamtvergütungen oder Budgets **nach § 85, nach § 84 oder § 17 Abs. 2 Nr. 2 und § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes** vergütet, sind die Gesamtvergütungen oder Budgets, in denen die Ausgaben für diese Leistungen enthalten sind, entsprechend der Zahl der am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten zu verringern. Kommt eine Einigung der zuständigen Vertragsparteien über die Verringerung der Gesamtvergütungen oder Budgets nach Satz 1 innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen einer Vereinbarung nach Absatz 1 nicht zustande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Vereinbarung nach Absatz 1 sind, das Schiedsamt **nach § 89 oder die Schiedsstelle nach § 18 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes** anrufen.
§ 65 Auswertung der Modellvorhaben	§ 65 unverändert
(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände haben eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Soweit die Wirtschaftlichkeit der Versorgung Gegenstand eines Modellvorhabens ist, sind auch die Ausgaben je am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten mit den entsprechenden Ausgaben für die Versicherten, die nicht am Modellvorhaben teilnehmen, zu vergleichen.	
(2) Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung ist von unabhängigen und nicht an Weisungen gebundenen Sachverständigen durchzuführen, die nicht an dem Modellvorhaben beteiligt sind. Personenbezogene Daten sind in anonymisierter Form an die Sachverständigen weiterzuleiten. Der von den Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung nach Absatz 1 ist zu veröffentlichen.	
(3) Die Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 müssen Regelungen über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Auswertung nach Absatz 1 erforderlichen Daten enthalten; insbesondere sind die damit verbundenen Verpflichtungen der Krankenkassen und der Leistungserbringer zu regeln."	
16. Die §§ 67 und 68 werden gestrichen.	16. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
17. In § 69 werden nach dem Wort „Krankenhäuser," die Worte „Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen," eingefügt.	17. unverändert
18. § 71 wird wie folgt gefaßt: „§ 71 Beitragssatzstabilität Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2) zu beachten."	18. unverändert
19. In § 73 Abs. 1c Satz 1 werden die Worte „gemeinsam und einheitlich" gestrichen.	19. unverändert
20. § 75 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefaßt: „Die Sicherstellung umfaßt auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt."	20. unverändert
21. In § 78 Abs. 3 Satz 3 wird die Angabe „die §§ 80 und 85" durch die Angabe „§ 80" ersetzt.	21. unverändert
22. Dem § 85 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt: „Dabei sind die Teile der Gesamtvergütung, die die Krankenkasse für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Wege der Kostenerstattung an Versicherte entrichtet hat, in Abzug zu bringen."	22. unverändert
	22a. Dem § 87 Abs. 2 a werden die folgenden Sätze angefügt: **„Die Bewertung der von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann so festgelegt werden, daß sie mit zunehmender Menge sinkt (Abstaffelung). Für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, können Obergrenzen vorgesehen werden; diese können für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden."**
23. § 89 wird wie folgt geändert:	23. § 89 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 a Satz 2 werden die Worte „drei Monaten" durch die Worte „einem Monat" ersetzt.	a) unverändert
b) In Absatz 3 werden die Sätze 4 und 5 wie folgt gefaßt: „Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, werden sie durch den Präsidenten des Landessozialgerichts berufen. Durch die Beteiligten zuvor abgelehnte Personen können nicht berufen werden."	b) unverändert
c) Absatz 4 wird wie folgt geändert: aa) Satz 2 wird wie folgt gefaßt: „Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend."	c) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Absatz 3 gilt entsprechend mit der Maßgabe, daß die unparteiischen Mitglieder durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen werden, wenn keine Einigung zwischen den Beteiligten zustande kommt."	
d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	d) unverändert
aa) Die Sätze 4 und 5 werden wie folgt gefaßt:	
„Die §§ 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend. Für Klagen der Vertragspartner gelten die Vorschriften über die Anfechtungsklage entsprechend."	
bb) Satz 6 wird gestrichen.	
	e) In Absatz 6 werden nach dem Wort „Schiedsämter," die Worte „die Qualifikation der unparteiischen Mitglieder," eingefügt.
e) Absatz 7 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:	f) Absatz 7 Satz 3 wird wie folgt gefaßt:
„Im übrigen gelten die Absätze 1, 1a, 3 und 4, Absatz 5 Satz 2 und 3 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend."	„Im übrigen gelten die Absätze 1, 1a, 3 und 4, Absatz 5 Satz 2 und 3 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend."
	23a. In § 103 wird nach Absatz 4 folgender Absatz eingefügt:
	„(4a) In den Fällen des Absatzes 4 hat die Kassenärztliche Vereinigung vom Zeitpunkt der tatsächlichen Aufgabe der vertragsärztlichen Tätigkeit bis zur rechtskräftigen Zulassung eines Nachfolgers auf Antrag des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben einen von diesen bestimmten vertretungsberechtigten Arzt zur Weiterführung der Praxis zu ermächtigen. Satz 1 gilt nicht für den Zeitraum, für den die Anordnung der sofortigen Vollziehung einer Entscheidung über den Nachfolger wirksam ist."
24. In § 106 Abs. 3 Satz 5 wird die Angabe „§§ 29, 30 und 64" durch die Angabe „§§ 29 und 30" ersetzt.	24. unverändert
25. § 111 wird wie folgt geändert:	25. unverändert
a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:	
„(2) Der Versorgungsvertrag kommt durch Einigung zwischen einem Landesverband der Krankenkassen oder einem Verband der Ersatzkassen und dem Träger einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit Wirkung für die Mitgliedskassen zustande; er bedarf der Schriftform. Ein Versorgungsvertrag darf nur abgeschlossen werden, wenn die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllt,
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung notwendig ist und
3. einen Vertrag über Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation abgeschlossen hat.

Ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht nicht. Landesverbände der Krankenkassen, auch eines anderen Bundeslandes, oder Verbände der Ersatzkassen können dem Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht; ein entsprechendes Beitrittsrecht haben auch einzelne Krankenkassen eines anderen Bundeslandes.

b) In Absatz 4 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt gefaßt:

„Ein Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden; die Kündigungsfrist beträgt drei Jahre, wenn die Kündigung vor dem 1. Januar 1999 der anderen Vertragspartei zugeht. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über den Abschluß des Versorgungsvertrages anzustreben; sind Gegenstand des Vertrages Leistungen für Anschlußheilbehandlung, ist mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Einvernehmen über den Abschluß des Versorgungsvertrages herzustellen."

26. § 112 wird wie folgt geändert:

[Beschlüsse des 14. Ausschusses:] 26. unverändert

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft zweiseitige Verträge, um sicherzustellen, daß Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen."

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Worte „bis zum 31. Dezember 1989" werden gestrichen.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Stellt keine der Vertragsparteien bei der Schiedsstelle den Antrag, kann die zuständige Landesbehörde nach Ablauf einer von ihr gesetzten angemessenen Frist die Schiedsstelle mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen."

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
27. § 114 wird wie folgt geändert:	27. § 114 wird wie folgt geändert:
a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt: „Bei der Entscheidung über einen Vertrag, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken nur Vertreter der betroffenen Kassenarten in der Schiedsstelle mit."	a) unverändert
b) In Absatz 2 werden die Sätze 4 und 5 durch folgenden Satz ersetzt: „Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, werden sie in entsprechender Anwendung des Verfahrens nach § 89 Abs. 3 Satz 4 und 5 berufen."	b) unverändert
	c) In Absatz 5 werden nach dem Wort „Bestellung," die Worte „die Qualifikation der unparteiischen Mitglieder," eingefügt.
28. § 115 wird wie folgt geändert:	28. unverändert
a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt: „(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen schließen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft dreiseitige Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Versorgung der Versicherten zu gewährleisten."	
b) In Absatz 3 Satz 1 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „stellt keine der Vertragsparteien bei der Schiedsstelle den Antrag, kann die zuständige Landesbehörde nach Ablauf einer von ihr gesetzten angemessenen Frist die Schiedsstelle mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen."	
c) Absatz 4 wird gestrichen.	
29. § 115b wird wie folgt geändert:	29. unverändert
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert: aa) Nummer 2 wird gestrichen. bb) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 2.	
b) Absatz 3 wird gestrichen.	
c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3. Folgender neuer Absatz 2 wird eingefügt: „(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung in einem dreiseitigen Vertrag die Vergütung der ambulanten Operationsleistungen. Die Vergütung muß für Krankenhäuser und Vertragsärzte einheitlich sein. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 114 auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest. Die Erweiterung der Schiedsstelle erfolgt in entsprechender Anwendung des Verfahrens nach § 115 Abs. 3 Satz 2 bis 5."	
d) Die Absätze 4 und 5 werden gestrichen.	
30. In § 120 Abs. 2 Satz 2 wird das Wort „gemeinsam" gestrichen.	30. unverändert
31. § 133 wird wie folgt gefaßt:	31. unverändert
„§ 133 Versorgung mit Leistungen des Rettungsdienstes und Krankentransports	
(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen im erforderlichen Umfang Verträge über die Versorgung mit Leistungen des Rettungsdienstes und Krankentransports sowie über deren Vergütung mit preisgünstigen, nach Landesrecht zugelassenen Leistungserbringern. Sie können Verträge nach Satz 1 auch mit nach Landesrecht gebildeten Rettungszweckverbänden schließen. In den Verträgen können pauschale Gesamtbeträge zur Versorgung der Versicherten für einen festgelegten Zeitraum vorgesehen werden. Notwendige Aufwendungen für die Rettungsleitstellen können anteilig berücksichtigt werden.	
(2) Die in den Verträgen nach Absatz 1 festgelegten Vergütungen gelten nach Ablauf vertraglich bestimmter Fristen bis zum Abschluß neuer Vergütungsvereinbarungen weiter.	
(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 für Leistungen des Rettungsdienstes nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei eine Schiedsstelle. Sie ist in gleicher Zahl aus Vertretern der Vertragsparteien sowie einem unparteiischen Vorsitzenden zu bilden. § 89 Abs. 3 Satz 4 und 5 gilt entsprechend."	
	31a. § 141 Abs. 4 wird gestrichen.
32. Dem § 195 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt: „Dies gilt nicht für die Bestimmungen über die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes."	32. unverändert
33. In § 208 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „die §§ 80 und 85" durch die Angabe „§ 80" ersetzt.	33. unverändert
	33a. In § 209 a Satz 3 wird die Angabe „7" durch die Angabe „8" ersetzt.
	33b. Dem § 212 Abs. 5 wird folgender Satz angefügt: **„§ 35 a Abs. 8 des Vierten Buches gilt entsprechend."**

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
34. § 220 wird wie folgt geändert:	34. unverändert
a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:	
„Beitragserhöhungen mit Ausnahme derjenigen, die auf einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) oder der Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) beruhen, sind nur zulässig, wenn die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven anders nicht zu gewährleisten ist. Beitragserhöhungen sind insbesondere nicht zulässig, wenn sie verursacht würden	
1. durch eine Steigerung der Verwaltungsausgaben, die über der durchschnittlichen Steigerungsrate aller Krankenkassen liegt,	
2. durch Aufwendungen für satzungsmäßige Mehrleistungen, für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht (ausgenommen Anschlußheilbehandlung) und für Modellvorhaben nach § 63."	
b) Die Absätze 2 bis 4 werden gestrichen.	
35. § 221 wird wie folgt gefaßt:	35. unverändert
„§ 221 Beitragserhöhungen	
Beitragserhöhungen mit Ausnahme derjenigen, die auf einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) oder der Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) beruhen, bedürfen der Zustimmung von mehr als drei Viertel der satzungsmäßigen Mitglieder des Verwaltungsrates. Vor der Beschlußfassung hat der Vorstand dem Verwaltungsrat darzulegen, daß alle Möglichkeiten der Kasse, auf Einnahmen und Ausgaben zur Stabilisierung des Beitragssatzes Einfluß zu nehmen, ausgeschöpft und die Beitragserhöhungen nach § 220 Abs. 1 Satz 4 und 5 zulässig sind."	
36. § 222 wird gestrichen.	36. unverändert
37. Dem § 249 Abs. 1 werden die folgenden Sätze angefügt:	37. Dem § 249 Abs. 1 werden die folgenden Sätze angefügt:
„Bei Krankenkassen, deren Verwaltungsrat abweichend von § 44 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 des Vierten Buches zusammengesetzt ist, darf der vom Arbeitgeber nach Satz 1 zu tragende Beitragsanteil die Hälfte des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Ortskrankenkassen nicht übersteigen. Das Bundesministerium für Gesundheit stellt den nach Satz 2 anzuwendenden Beitragssatz, der auf eine Stelle nach dem Komma zu runden ist, jeweils zum 1. September fest; er findet für das darauffolgende Kalenderjahr Anwendung."	„Bei Krankenkassen, deren Verwaltungsrat abweichend von § 44 Abs. 1 Nr. 1 und **3 sowie** Abs. 2 des Vierten Buches zusammengesetzt ist, darf der vom Arbeitgeber nach Satz 1 zu tragende Beitragsanteil die Hälfte des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Ortskrankenkassen nicht übersteigen. Das Bundesministerium für Gesundheit stellt den nach Satz 2 anzuwendenden Beitragssatz, der auf eine Stelle nach dem Komma zu runden ist, jeweils zum 1. September fest; er findet für das darauffolgende Kalenderjahr Anwendung."

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
38. § 266 Abs. 4 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt: „2. Aufwendungen für satzungsmäßige Mehrleistungen, für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, für erweiterte Leistungen (§ 54) und für Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2“.	38. unverändert
	38a. § 274 wird gestrichen.
39. § 275 Abs. 2 Nr. 1 wird wie folgt gefaßt: „1. die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans vor Bewilligung und bei beantragter Verlängerung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich für ambulante Vorsorge- und Rehabilitationskuren Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen. Für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen ist eine Prüfung nicht erforderlich, wenn der Medizinische Dienst innerhalb eines Jahres vor Antragstellung ihre Notwendigkeit in einem der Krankenkasse vorliegenden Gutachten empfohlen hat.“	39. unverändert
40. § 284 Abs. 1 wird wie folgt geändert: a) Satz 1 wird wie folgt geändert: aa) In Nummer 3 wird die Angabe „(§ 65)“ durch die Angabe „(§ 56)“ ersetzt. bb) In Nummer 4 werden nach dem Wort „Kostenerstattung“ ein Komma und die Worte „Modellvorhaben (§§ 63 bis 65)“ eingefügt. b) In Satz 2 werden die Worte „nach § 65“ durch die Worte „nach § 56“ ersetzt.	40. unverändert
41. § 285 wird wie folgt geändert: *a) In Absatz 2 wird nach der Angabe „Absatz 1 Nr. 5, 6“ ein Komma und die Angabe „§§ 63 bis 65“ eingefügt.* *b) In Absatz 3 werden nach der Angabe „Absatz 1“ die Worte „und nach §§ 63 bis 65“ eingefügt.*	**41. entfällt**
42. § 292 wird wie folgt geändert: a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefaßt: „Krankenkassen, die für Mitglieder eine Beitragsrückzahlung (§ 56) vorsehen, haben für die Prüfung der Voraussetzungen der Beitragsrückzahlung die für jeden Versicherten maßgebliche Betragsgrenze zu ermitteln und die Art und den Wert der nach § 56 zu berücksichtigenden Leistungen aufzuzeichnen.“ b) Die Absätze 3 und 4 werden gestrichen.	42. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
43. *§ 294 wird wie folgt geändert:*	**43. entfällt**
a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.	
b) Folgender Absatz wird angefügt:	
„(2) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und die übrigen Leistungserbringer sind verpflichtet, die für Modellvorhaben nach den §§ 63 bis 65 erforderlichen personenbezogenen Daten aufzuzeichnen und an die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Modellvorhaben durchführen, zu übermitteln."	
44. In § 299 Satz 1 werden die Worte „an Erprobungen zur Beitragsrückzahlung teilnehmen" durch die Worte „für Mitglieder eine Beitragsrückerstattung vorsehen" und die Angabe „§ 65 Abs. 2" durch die Angabe „§ 56" ersetzt.	44. unverändert
45. § 305 wird wie folgt gefaßt:	
„§ 305 Auskünfte an Versicherte	45. unverändert
(1) Die Leistungserbringer sind verpflichtet, Versicherte über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten zu unterrichten, sofern der Versicherte das verlangt.	
(2) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer können mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbaren, daß die Krankenkassen die Unterrichtung nach Absatz 1 durchführen.	
(3) Soweit eine Vereinbarung nach Absatz 2 vorliegt, unterrichten die Krankenkassen die Versicherten auf deren Antrag über die im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Die Kassenärztlichen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen in den Fällen des Satzes 1 die Angaben über die von den Versicherten in Anspruch genommenen ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen und deren Kosten für jeden Versicherten gesondert in einer Form, die eine Kenntnisnahme durch die Krankenkassen ausschließt. Die Krankenkassen leiten die Angaben an den Versicherten weiter. Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten ist nicht zulässig. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln."	
46. § 310 Abs. 1 wird *wie folgt gefaßt:*	46. **In** § 310 wird **nach** Absatz 1 **folgender Absatz eingefügt:**
„(1) Bei der Anwendung des § 23 Abs. 6, § 24 Abs. 3, § 40 Abs. 5 und des § 41 Abs. 3 sind kalendertäglich 20 Deutsche Mark, bei der Anwendung des § 39 Abs. 4 und des § 40 Abs. 6 kalendertäglich neun Deutsche Mark zu zahlen. Vom 1. Juli 1997 an sind die nach § 62 a *angepaßten* Zuzahlungsbeträge *zu leisten; der Betrag von 20 Deutsche Mark wird erstmals zum 1. Juli 1999 angepaßt."*	**„(1 a) Für die Anpassung der in Absatz 1 genannten** Zuzahlungsbeträge **gilt** § 62 a **entsprechend."**

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 2 **Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch**	**Artikel 2** **Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch**
Dem § 85 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch . . ., wird folgender Absatz angefügt: „(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht für die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Ersatzkassen."	**Das** Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch . . ., wird **wie folgt geändert:** **1. Dem § 35a wird folgender Absatz angefügt:** **„(8) Die Vorstandsmitglieder haben bei ihrer Tätigkeit die Sorgfalt eines ordentlichen und gewissenhaften Geschäftsleiters anzuwenden. Vorstandsmitglieder, die ihre Pflichten verletzen, sind dem Versicherungsträger zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet. Ist streitig, ob sie die Sorgfalt eines ordentlichen und gewissenhaften Geschäftsleiters angewandt haben, so trifft sie die Beweislast. Dem Versicherungsträger gegenüber tritt die Ersatzpflicht nicht ein, wenn die Handlung auf einem gesetzmäßigen Beschluß des Verwaltungsrates beruht. Dadurch, daß der Verwaltungsrat die Handlung gebilligt hat, wird die Ersatzpflicht nicht ausgeschlossen. Verletzt ein Vorstandsmitglied eine ihm einem Dritten gegenüber obliegende Amtspflicht, haftet das Vorstandsmitglied nach § 839 des Bürgerlichen Gesetzbuches und Artikel 34 des Grundgesetzes."** **2.** Dem § 85 wird folgender Absatz angefügt: „(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht für die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Ersatzkassen."
Artikel 3 **Änderung der Reichsversicherungsordnung**	**Artikel 3** unverändert
Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1 veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch . . ., wird wie folgt geändert: 1. In § 195 Abs. 2 Satz 3 wird die Angabe „65 Abs. 2" durch die Angabe „56" ersetzt. 2. In § 196 Abs. 2 Satz 2 wird nach der Angabe „Abs. 3" eingefügt „und 4".	
Artikel 4 **Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**	**Artikel 4** unverändert
Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert durch . . ., wird wie folgt geändert: 1. In § 22 Abs. 2 Satz 3 wird die Angabe „65 Abs. 2" durch die Angabe „56" ersetzt. 2. In § 23 Abs. 2 Satz 2 wird nach der Angabe „Abs. 3" eingefügt „und 4".	

Entwurf

Artikel 5

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

§ 8 Abs. 3 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch . . ., wird gestrichen.

Artikel 6

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 18a *Abs.* 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch . . ., wird wie folgt geändert:

1. In Satz 4 *werden* der zweite Halbsatz gestrichen *und* der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt.
2. *Folgende Sätze werden* angefügt:

   „Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, werden sie durch den Präsidenten des Landessozialgerichts berufen; durch die Beteiligten zuvor abgelehnte Personen können nicht berufen werden."

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 5

unverändert

Artikel 6

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch . . ., wird wie folgt geändert:

1. **Absatz 2 wird wie folgt geändert:**

   a) **Satz 1 wird wie folgt gefaßt:**

   „Die Schiedsstelle besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der Krankenhäuser und Krankenkassen in gleicher Zahl."

   b) Satz 4 **wird wie folgt geändert:**

   aa) **Im ersten Halbsatz werden die Worte „sein Stellvertreter" durch die Worte „die weiteren unparteiischen Mitglieder" ersetzt.**

   bb) der zweite Halbsatz **wird** gestrichen; der Strichpunkt **wird** durch einen Punkt ersetzt.

   c) **Folgender Satz wird** angefügt:

   „Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, werden sie durch den Präsidenten des Landessozialgerichts berufen; durch die Beteiligten zuvor abgelehnte Personen können nicht berufen werden."

2. **In Absatz 4 Nr. 1 werden nach dem Wort „Bestellung," die Worte „die Qualifikation der unparteiischen Mitglieder," eingefügt.**

Artikel 6 a

Änderung der Schiedsamtsverordnung

Die Schiedsamtsverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827/10, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 20 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), wird wie folgt geändert:

1. **§ 4 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:**

   „Die Mitgliedschaft bleibt so lange bestehen, bis ein Nachfolger bestellt ist."

2. **In § 5 wird folgender Satz 3 eingefügt:**

   „§ 4 Abs. 2 Satz 2 gilt."

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

3. Nach § 16 wird folgender § 16 a eingefügt:

„§ 16 a

(1) Das Schiedsamt ist beschlußfähig, wenn seine Mitglieder oder deren stimmberechtigte Stellvertreter anwesend sind. Die Beschlußfähigkeit ist vom Vorsitzenden festzustellen und in die Niederschrift aufzunehmen; sie gilt für die Dauer der Sitzung, wenn und solange mehr als die Hälfte der Mitglieder oder stimmberechtigten Stellvertreter einschließlich der unparteiischen Mitglieder anwesend bleibt.

(2) Ist die Beschlußfähigkeit nicht gegeben, so ist eine erneute Sitzung innerhalb von vierzehn Kalendertagen seit der ersteinberufenen Sitzung mit der gleichen Tagesordnung einzuberufen. Auf dieser erneuten Sitzung ist die Beschlußfähigkeit gegeben, wenn mehr als die Hälfte der Mitglieder des Schiedsamts oder deren stimmberechtigte Stellvertreter einschließlich der unparteiischen Mitglieder anwesend sind. Auf diese Folge ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen."

4. § 18 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Das Schiedsamt entscheidet mit der Mehrheit seiner Mitglieder."

Artikel 7

Rechtsangleichung

(1) Mit Wirkung vom 1. Januar des Kalenderjahres, das auf das Kalenderjahr folgt, in dem die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch 90 vom Hundert der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch erreicht hat, spätestens jedoch mit Wirkung vom 1. Januar 1999, treten die Vorschriften des Zwölften Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch außer Kraft. Dies gilt nicht für § 310 Abs. 3 Satz 2, § 311 Abs. 2, 2a und 4 Buchstabe a und c, Abs. 5 und 7.

(2) Soweit Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei Arbeitsentgelten, Arbeitseinkommen, Gesamteinkommen oder Beitragsbemessungsgrundlagen

1. an die Bezugsgröße anknüpfen, gilt von dem nach Absatz 1 maßgeblichen Zeitpunkt an die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet,
2. an die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten anknüpfen, gilt von dem nach Absatz 1 maßgeblichen Zeitpunkt an die Beitragsbemessungsgrenze nach § 159 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch auch in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet.

(3) Zeiten der Versicherung, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet bis zum

Artikel 7

unverändert

Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses

31. Dezember 1990 in der Sozialversicherung oder in der Freiwilligen Krankheitskostenversicherung der ehemaligen Staatlichen Versicherung der Deutschen Demokratischen Republik oder in einem Sonderversorgungssystem (§ 1 Abs. 3 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes) zurückgelegt wurden, gelten als Zeiten einer Pflichtversicherung bei einer Krankenkasse im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Für die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt Satz 1 vom 1. Januar 1991 an entsprechend für Personen, die ihren Wohnsitz und ihre Versicherung im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand bis zum 3. Oktober 1990 hatten und in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet beschäftigt waren, wenn sie nur wegen Überschreitung der in diesem Gebiet geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht überschritten wurde.

(4) In Artikel 35 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) wird Absatz 9 aufgehoben.

Artikel 8

Inkrafttreten

(1) Das Gesetz tritt am ersten Tage des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft, soweit in Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 45 tritt am 1. Januar 1999 in Kraft.

Artikel 8

unverändert

Bericht des Abgeordneten Klaus Kirschner

A. Allgemeiner Teil

1. Zum Beratungsverfahren

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. in seiner 83. Sitzung am 1. Februar 1996 in erster Lesung beraten und an den Ausschuß für Gesundheit zur federführenden Beratung und an den Haushaltsausschuß zur Mitberatung überwiesen. In seiner 89. Sitzung am 29. Februar 1996 wurde der Gesetzentwurf dem Ausschuß für Fremdenverkehr und Tourismus nachträglich zur Mitberatung überwiesen.

Den Gesetzentwurf der Fraktion der SPD hat der Deutsche Bundestag am 1. Februar 1996 in seiner 83. Sitzung in erster Lesung beraten und an den Ausschuß für Gesundheit zur federführenden Beratung und an den Rechtsausschuß, den Haushaltsausschuß, den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung sowie den Ausschuß für Bildung, Wissenschaft, Forschung, Technologie und Technikfolgenabschätzung zur Mitberatung überwiesen.

Den Antrag der Abgeordneten Monika Knoche, Marina Steindor, Marieluise Beck (Bremen), weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat der Deutsche Bundestag in seiner 83. Sitzung am 1. Februar 1996 ebenfalls in erster Lesung beraten und an den Ausschuß für Gesundheit zur federführenden Beratung und an den Rechtsausschuß sowie den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung zur Mitberatung überwiesen.

Der Ausschuß für Gesundheit hat die Beratung der Gesetzentwürfe und des Antrags in seiner 41. Sitzung am 7. Februar 1996 aufgenommen und beschlossen, zu diesen Vorlagen öffentliche Anhörungen von Sachverständigen durchzuführen. Diese Anhörungen fanden am 6. März 1996 und am 13. März 1996 statt. Als sachverständige Verbände waren die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Köln; der Deutsche Gewerkschaftsbund, Düsseldorf; die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Hamburg; der Deutsche Beamtenbund, Bonn; die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppe e. V., Gießen; die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände, Bonn; der Arbeitskreis Frauengesundheit, Bünde; der Dachverband der selbstverwaltenden Frauengesundheitsprojekte, Göttingen; die BAG Hilfe für Behinderte e. V., Düsseldorf; der Verband der Kriegs-, Wehrdienstopfer, Behinderten und Sozialrentner Deutschland e. V., Bonn; der Reichsbund der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen e. V., Bonn; der Fachverband Sucht e. V., Bonn; der Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bonn; der Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V., Siegburg; der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen; der Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bergisch Gladbach; die Bundesknappschaft, Bochum; der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel-Wilhelmshöhe; die Seekasse – Rentenversicherung für Seeleute, Hamburg; der Verband der privaten Krankenversicherungen e. V., Köln; die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf; der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e. V., Bonn; der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V., Mühlheim; der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V., Düsseldorf; der Deutsche Städtetag, Köln; der Deutsche Städte- und Gemeindebund, Düsseldorf; der Deutsche Landkreistag, Bonn; die Bundesvereinigung der Landeskonferenzen ärztlicher u. zahnärztlicher Leiter v. Kliniken, Instituten und Abteilungen der Universitäten und Hochschulen Deutschlands, Bonn; der Bevollmächtigte des Rates der Ev. Kirche in Deutschland bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Gemeinschaft, Bonn; das Kommissariat der Bischöfe – Katholisches Büro Bonn; der Gemeinnützige Verein zur Entwicklung von Gemeinschaftskrankenhäusern, Herdecke; die Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Stuttgart; die Bundesärztekammer, Köln; die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln; der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V., Bonn; der NAV-Virchowbund, Köln; der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands, Köln; der Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., Köln; der Deutsche Zentralverein Homöopathischer Ärzte, Altensteig; der Verein Demokratischer Ärzte und Ärztinnen c/o Winfried Beck, Offenbach; die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln; die Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V., Köln; der Freie Verband Deutscher Zahnärzte e. V., Bonn; DAZ im NAV-Virchow-Bund, Köln; der Verein Demokratischer Zahnmedizin, Bonn; der Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V., Bonn; der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, Eschborn; der Arbeitgeberverband ambulanter Pflegedienste e. V., Hannover; die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände, Bonn; der Bundesverband Deutscher Belegärzte e. V., München; der Deutsche Bäderverband, Bonn; der Wirtschaftsverband deutscher Heilbäder und Kurorte e. V., Bonn; der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V., Essen; der Verband deutscher Badeärzte e. V., Bad Oeynhausen; die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Eschborn; der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, Hamburg; der Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V., Frankfurt; der Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller e. V., Bonn; der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, Frankfurt; der Verband aktiver Pharmaunternehmen e. V., Tauting; der Verband

Forschender Arzneimittelhersteller e. V., Bonn; die Arbeitsgemeinschaft Biologische Arzneimittel e. V., Salach; das Deutsche Rote Kreuz, Bonn; der Malteser Hilfsdienst, Köln; die Johanniter Unfall Hilfe, Bonn; der Arbeiter-Samariter-Bund, Köln sowie als Einzelsachverständige Dr. Joachim Jacob, Bonn; Prof. Dr. Klaus Dirk Henke, Berlin; Prof. Dr. Eberhard Wille, Mannheim; Hans-Hermann Leimbach, Bad Berleburg; Prof. Dr. Günter Neubauer, Neubiberg; Holger Rodiek, Wiesbaden; Dr. Rudolf K.-H. Dennerlein, Augsburg; Dorothe Becker, Bonn; Martin Litsch, Bonn; Erich Dambacher, Frankfurt; Dr. Ulrich Moebius, Saal an der Saale; Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Schwartz, Hannover; Dr. Eckart Westphal, Klagenfurt; Eugen Münch, Bad Neustadt/Saale; Traugott Heil, Schrecksbach; Wilhelm F. Schräder, Berlin; Dr. Robert Paquet, Hannover; Thomas Niermann, Frankfurt a. M.; Dr. Sabine Plonz, Iserlohn; Dr. Ellis Huber, Berlin; Dr. Hagen Kühn, Berlin; Herr Jeniche, Potsdam; Dilk Vermeij, Utrecht; Prof. Dr. E. Knappe, Trier; Prof. Dr. Detlef Zöllner, Bonn; Dr. Hermann Schulte-Sasse, München; Dr. Rolf Rosenbrock, Berlin; Harry Fuchs, Stuttgart geladen. Auf die als Ausschußdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen und die Wortprotokolle wird Bezug genommen.

Der Ausschuß für Fremdenverkehr und Tourismus empfahl in seiner Stellungnahme vom 17. April 1996 mehrheitlich, dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. zuzustimmen und die anderen Vorlagen abzulehnen.

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung empfahl in seiner Stellungnahme vom 8. Mai 1996 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und des Mitglieds der Gruppe der PDS, den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. unter Berücksichtigung der Änderungsanträge anzunehmen. Mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und F.D.P. und der Gruppe der PDS gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD empfahl er die Ablehnung des Gesetzentwurfs der Fraktion der SPD. Weiter empfahl er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Gruppe der PDS bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion der SPD, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abzulehnen.

Der Ausschuß für Gesundheit setzte seine Beratung in der 53. Sitzung am 24. April 1996 und in der 55. Sitzung am 8. Mai 1996 fort. In der 56. Sitzung am 22. Mai 1996 schloß der Ausschuß seine Beratung ab. Dabei hat er dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. in der vorstehend abgedruckten Fassung mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und des Mitglieds der Gruppe der PDS zugestimmt. Den Gesetzentwurf der Fraktion der SPD hat er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und des Mitglieds der Gruppe der PDS abgelehnt. Den Antrag der Abgeordneten Monika Knoche, Marina Steindor, Marieluise Beck (Bremen) weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat der Ausschuß mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und des Mitglieds der Gruppe der PDS bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion der SPD abgelehnt.

2. Zum Inhalt der Gesetzentwürfe und des Antrags

a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.

Der vorliegende Gesetzentwurf bildet gemeinsam mit dem Gesetzentwurf zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 das Konzept der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung. Mit den Reformgesetzen werden die Voraussetzungen für die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilen Beitragssätzen entscheidend verbessert. Dies wird durch folgende Maßnahmebündel erreicht:

a) Die Übertragung der Leistungsverantwortung auf die Selbstverwaltung mit der Liberalisierung des Vertragsrechts und der Erweiterung der Gestaltungsspielräume fördert die Entwicklung wirtschaftlicher Versorgungsstrukturen.

b) Die Übertragung der Finanzverantwortung auf die Selbstverwaltung zusammen mit der Begrenzung der Möglichkeiten zu Beitragssatzerhöhungen nimmt Krankenkassen und Leistungserbringer in die Pflicht zur Begrenzung auf medizinisch notwendige und in der Qualität gesicherte Leistungen.

c) Die Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten und mehr Transparenz über die Leistungen und die damit verbundenen Kosten schützen die Solidargemeinschaft vor Überforderungen. Das verbesserte Kostenbewußtsein wirkt einer nicht gerechtfertigten Leistungsinanspruchnahme entgegen.

Die im Rahmen dieses Gesetzes vorgesehenen Regelungen sind eine konsequente Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung auf der Grundlage der historisch gewachsenen und insgesamt bewährten Prinzipien. Das Reformgesetz enthält folgende Schwerpunkte:

1. Vorfahrt für die Selbstverwaltung bei stabilen Beitragssätzen

Die Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung muß mit einer deutlichen Stärkung der Finanzverantwortung einhergehen. Deshalb werden die formellen Voraussetzungen für Beitragssatzerhöhungen verschärft. Dies ist keine Einengung der für die Selbstverwaltung bestehenden Gestaltungsfreiräume, vielmehr wird damit der Zwang zum wirt-

schaftlichen Einsatz der zur Verfügung stehenden Finanzmittel zu einem zentralen Instrument der Beitragsverantwortung. Beitragssatzerhöhungen sollen grundsätzlich auf die Fälle beschränkt werden, in denen dies zur Realisierung des medizinischen Fortschritts auch bei Ausschöpfung bestehender Wirtschaftlichkeitsreserven und Abbau vorhandener Überkapazitäten unverzichtbar ist. Die Kombination von mehr Gestaltungsmöglichkeiten im Vertrags- und Leistungsbereich, bei gleichzeitigem Wettbewerb der Krankenkassen und Wahlfreiheit der Versicherten schafft Rahmenbedingungen für die Selbstverwaltung, die einen verantwortlichen Umgang mit den Beitragsmitteln der Versicherten möglich machen.

2. Erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten für die Selbstverwaltung

Im Vertragsbereich wird gemeinsames und einheitliches Handeln der Krankenkassen und ihrer Verbände auf die Fälle beschränkt, in denen dies zwingend geboten erscheint. Im übrigen bleibt es der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen freigestellt, ob sie Vereinbarungen mit den Leistungserbringern und ihren Verbänden einheitlich und gemeinsam oder als Kassenart oder als einzelne Krankenkasse schließen will. Zusammen mit den bereits bestehenden Möglichkeiten in einzelnen Leistungsbereichen sowie den erweiterten Möglichkeiten im Bereich der Krankentransporte und Rettungsdienste stehen den Krankenkassen und ihren Verbänden somit ein breites Handlungsfeld für eigenständiges Gestalten offen.

Die bisher bestehenden Möglichkeiten der Krankenkassen, im Rahmen von Erprobungsregelungen Modellvorhaben durchzuführen, werden erheblich erweitert. Dadurch wird die Innovationsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens und der sozialen Krankenversicherung entscheidend gestärkt. In Zukunft können die Krankenkassen und ihre Verbände im Rahmen ihrer Aufgabenstellung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung

- neue Verfahren und Organisationsformen der Leistungserbringung sowie
- neue Leistungen der Krankenbehandlung, der Rehabilitation und Prävention

in zeitlich befristeten Modellvorhaben erproben. Dabei ist eine wissenschaftliche Begleitung dieser Modellvorhaben ebenso vorzusehen wie eine Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse.

3. Beitragssatzverantwortung der Krankenkassen

Zur Sicherung der Beitragssatzstabilität und zur Vermeidung zusätzlicher Belastungen für die Arbeitgeber und die Arbeitnehmer sollen Erhöhungen des allgemeinen Beitragssatzes für vermeidbare bzw. unwirtschaftliche Entwicklungen ausgeschlossen werden. Das bedeutet, daß die Selbstverwaltung Beitragssatzerhöhungen nicht beschließen kann, die aufgrund überdurchschnittlicher Steigerungen von Verwaltungsausgaben und aufgrund der Aufwendungen für Modellvorhaben und Satzungsleistungen erforderlich werden.

Neben einer Eingrenzung der Voraussetzungen für Beitragssatzanhebungen wird auch die formale Beschlußfindung im Rahmen der Selbstverwaltung an restriktive Rahmenbedingungen geknüpft. Beitragssatzerhöhungen bedürfen demnach einer qualifizierten Mehrheit von mehr als drei Viertel der satzungsmäßigen Mitglieder des Verwaltungsrates.

4. Stärkung der Eigenverantwortung für den Versicherten

Die bisher nur den freiwillig Versicherten vorbehaltene Möglichkeit der Kostenerstattung wird in Zukunft allen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung als Wahlmöglichkeit offenstehen. Sie ermöglicht jedoch – wie im Rahmen des Sachleistungsprinzips – nur die Inanspruchnahme zugelassener Leistungserbringer.

Zur Verbesserung der Transparenz werden die Leistungserbringer ab 1999 verpflichtet, die Versicherten auf Wunsch über Umfang und Kosten der von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen zu unterrichten. In der Regel soll diese Information durch den Leistungserbringer selbst erfolgen. Falls dies nicht möglich ist, soll die Krankenkasse den Versicherten informieren. Die Konkretisierung der Einzelheiten der Unterrichtung wird der Selbstverwaltung übertragen.

b) Gesetzentwurf der Fraktion der SPD – Entwurf eines Zweiten Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG II)

Der erneute Kostenschub in der GKV hat seine wesentlichen Ursachen zum einen darin, daß die strukturellen Maßnahmen des GSG teilweise nur zögerlich, teilweise überhaupt nicht umgesetzt worden sind. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber selbst Maßnahmen ergriffen, die strukturgestaltende Regelungen des GSG wieder außer Kraft gesetzt haben. Zum anderen sind die notwendigen Anschlußregelungen zur Weiterentwicklung und Stabilisierung der mit dem GSG eingeleiteten Strukturreformmaßnahmen nicht erfolgt. Dies gilt sowohl für den ambulanten und stationären Sektor als auch für die bessere Vernetzung der beiden Bereiche.

Die dazu notwendigen Regelungen enthält das Zweite Gesundheitsstrukturgesetz. Es konkretisiert die Strukturvorgaben des GSG, wo sich dies seit Anfang 1993 als notwendig erwiesen hat und greift darüber hinaus den Handlungsbedarf auf, der sich durch die neue wettbewerbliche Orientierung der GKV ergibt. Es baut die zukunftsorientierte Weiterentwicklung der GKV auf den bewährten Strukturprinzipien der sozialen Krankenversicherung, insbesondere der solidarischen Finanzierung eines umfassenden Leistungskatalogs der bedarfsorientierten medizinischen Versorgung, dem Sachleistungsprinzip und der Selbstverwaltung auf. Die Stärkung und Komplettierung der mit dem GSG begonnenen Strukturreform ist unabdingbar, um der GKV gesundheits- und sozialpolitisch eine Zielorientierung zu geben und die Ausgabenentwicklung mittel- und langfristig volkswirtschaftlich verantwortbar zu steuern. Zur kurzfristigen Eindämmung der Ausgabenüberhänge im Jahre 1996 hat die Fraktion der SPD den Entwurf

eines Gesundheitsstruktur-Konsolidierungsgesetzes – Drucksache 13/3039 – in den Deutschen Bundestag eingebracht. Die Regelungen des Zweiten Gesundheitsstrukturgesetzes schließen hier zeitlich lückenlos an und sollen in ihren wesentlichen Teilen zum 1. Januar 1997 in Kraft treten.

1. Einführung einer globalen Begrenzung der Krankenkassenausgaben

Die dauerhafte Verlängerung der sektoralen Budgetierung ist keine Lösung. Dadurch werden zwar kurzfristig Kostendämpfungserfolge erzielt, gleichzeitig werden aber Fehlsteuerungen und Unwirtschaftlichkeiten im System unterstützt. Das Instrument wirkt sich innovationshemmend aus, da bestehende Strukturen zementiert werden, anstatt sie durchlässiger und flexibel zu gestalten. Auch eine Beitragssatzfestschreibung ist kein geeignetes Instrument, um unbegründeten Ausgabensteigerungen zu begegnen. Dieses Instrument widerspricht dem gegliederten System der GKV, es entmündigt die Selbstverwaltung und zieht Einschnitte in das Leistungsrecht der Krankenkassen nach sich.

Statt dessen ist eine dauerhafte globale Begrenzung der Krankenkassenausgaben erforderlich, die gleichzeitig Beitragssatzstabilität und flexible, innovationsfördernde Versorgungsstrukturen ermöglicht. Deshalb wird den Krankenkassen mit diesem Gesetz ein Rahmen für ihr Ausgabevolumen bis maximal der Steigerungsrate des Bruttoinlandsprodukts vorgegeben. Innerhalb dieses Globalbudgets und der sonstigen gesetzlichen Vorgaben werden der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern neue Vertragsspielräume eröffnet. Die Krankenkassen erhalten erweiterte Handlungsspielräume, die z. B. auch kombinierte Budgets verschiedener Leistungsbereiche ermöglichen. Dadurch wird ein sinnvoller Wettbewerb der Krankenkassen gefördert und die Vernetzung der noch immer zu stark voneinander abgeschnittenen Leistungsbereiche erleichtert.

2. Organisationsreform der ärztlichen Selbstverwaltung

Nach Ablauf der notwendigen Übergangsphase zur Neuordnung der ärztlichen Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zum 1. Januar 1999 werden die bisherigen Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu Kassenärztlichen Vereinigungen neuer Art zusammengefaßt. Hierbei werden auch die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten integriert. Darüber hinaus werden Sektionen innerhalb der neuen Kassenärztlichen Vereinigungen mit eigenem Verhandlungsmandat für Haus-, Fach- und Zahnärzte sowie – nach Abschluß des Gesetzgebungsverfahrens – ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten gebildet. Übergreifende Aufgaben wie Zulassungs- und Disziplinarwesen, Abrechnung und Verwaltung bleiben in der Kassenärztlichen Vereinigung zusammengebunden.

3. Stärkung der hausärztlichen Versorgung und Förderung kooperativer Praxisformen

Die Selbstverwaltung erhält den Auftrag, einen eigenständigen und einheitlichen Bewertungsmaßstab für Hausärzte zu schaffen, der den hausärztlichen Leistungskatalog umfassend definiert und nur von Hausärzten abgerechnet werden kann, der für die hausärztliche Grundvergütung eine ausreichende Höhe festlegt, die Vergütung überwiegend durch Pauschalen gestaltet – Anteil bis zu 80 v. H. – und der die Einzelleistungsvergütung auf spezielle Bereiche beschränkt, etwa zeitabhängige, zuwendungsorientierte Leistungen wie Hausbesuche und präventive Maßnahmen.

Die Selbstverwaltung erhält darüber hinaus den Auftrag, auf der Basis des hausarztspezifischen einheitlichen Bewertungsmaßstabs ab dem Jahre 2000 eine Trennung der Gesamtvergütung von Haus- und Fachärzten vorzunehmen.

Das erweiterte Spektrum medizinischen Fachwissens, zunehmende Erfordernisse der Qualitätssicherung, ein verändertes Krankheitspanorama der Menschen und nicht zuletzt massive wirtschaftliche Zwänge lassen die „Separatpraxis" des einzelnen niedergelassenen Arztes zunehmend obsolet werden. Eine den Anforderungen gerecht werdende ambulante Versorgungsstruktur läßt kooperative Versorgungsformen in den Mittelpunkt rücken, die es gesetzlich zu fördern gilt. Es werden deshalb neue Praxisformen, wie vernetzte Praxen, erweiterte Gemeinschaftspraxen, Gesundheitszentren oder von den Versicherten wählbare Hausarztmodelle ermöglicht.

Es wird die Vereinbarung von kombinierten Budgets ermöglicht. Dabei können die Ausgaben für ärztliche Leistungen mit den Ausgaben anderer Leistungssektoren zusammengeführt werden. Ärzte und Krankenkassen handeln dabei ein Gesamtbudget aus und vereinbaren, was mit möglichen Budgetüberschüssen geschieht. Diese Überschüsse sollen vorzugsweise für (regionale) Projekte verwendet werden, die Wirtschaftlichkeit und Innovation fördern.

4. Flexible Gestaltung der Arbeitsteilung von Ärzten und Krankenhäusern

Dies wird insbesondere durch folgende Instrumentarien verwirklicht:

- Möglichkeiten für die Krankenhäuser, sich gemäß dem regionalen Bedarf an der spezialärztlichen Versorgung zu beteiligen. In einem solchen Fall nehmen sie gleichberechtigt am Sicherstellungsauftrag für die spezialärztliche Versorgung teil. Dies schließt ihre entsprechende Beteiligung am Zulassungswesen ein;

- verstärkte vertragsrechtliche Kooperationsmöglichkeiten für ambulante und stationäre Leistungserbringer. Medizintechnische Einrichtungen (Großgeräte, Labors) sollen gemeinsam von Krankenhäusern und ambulanten Praxen angeschafft und betrieben werden;

– Schaffung eines flexibleren Zeitrahmens für die Durchführung vor- und nachstationärer Behandlung im Krankenhaus.

5. Neugestaltung der zahnärztlichen Leistungsstrukturen

Der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ist grundsätzlich zu überarbeiten. Dabei ist der präventiven und zahnerhaltenden Zahnmedizin ausreichend Gewicht zu verleihen, die Selbstverwaltung wird aufgefordert, innerhalb eines angemessenen Zeitraums entsprechende Vereinbarungen zu treffen.

6. Einführen von Preisverhandlungen für Arzneimittel

Das effektivierte Mittel der Festbetragsfestsetzung gilt es, für die Zukunft zu sichern und auf eine neue, den verfassungsrechtlichen Anforderungen entsprechende Grundlage zu stellen. Den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie den Arzneimittelherstellern wird deshalb die Möglichkeit eingeräumt, zukünftig Festbeträge durch gemeinsam ausgehandelte Vertragspreise zu ersetzen. Die Festbetragsfestsetzung einschließlich der vorangehenden Gruppeneinteilung erfolgt zukünftig durch Rechtsverordnung des BMG. Hiergegen können die Betroffenen Normenkontrollklage erheben. Die Anpassung der Festbeträge erfolgt zukünftig ebenfalls im Wege der Verhandlungen. Preisverhandlungen werden darüber hinaus für den Bereich der nicht-festbetragsfähigen Arzneimittel vorgeschrieben.

7. Weiterentwicklung der Neuordnung der Finanzierung und Planung im stationären Bereich

Vorgesehen wird der beschleunigte Aufbau einer einheitlichen durchgängigen Preissystematik mit abteilungsbezogenen Entgelten auf Bundesebene, die auf der Grundlage von Krankenhausbetriebsvergleichen ermittelt werden. Das erstmals bis zum 1. Januar 2000 zu entwickelnde Entgeltsystem ist von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der noch zu schaffenden Bundeskrankenhausvereinigung fortlaufend weiter zu entwickeln. Die Krankenkassen führen die Preisverhandlungen mit den Krankenhäusern einheitlich und gemeinsam.

Die Umsetzung der Rahmenplanung in krankenhausbezogene Strukturen und Investitionen ist Sache der Vertragsgestaltung zwischen den Krankenkassen und Krankenhausträgern. Die z. Z. in den Krankenhausbedarfsplänen befindlichen Krankenhäuser erhalten einen befristeten Bestandsschutz. Zur finanziellen Entlastung der Krankenkassen während eines zehnjährigen Übergangszeitraumes hin zur monistischen Finanzierung beteiligen sich die Länder weiterhin an der Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich. Gleichzeitig wird ab dem Jahre 2000 ein wesentlicher Anteil der Investitionskosten der Krankenhäuser (Pauschalförderung) über die Entgelte unmittelbar finanziert.

Zur Stärkung der Selbstverwaltung im stationären Bereich und zur besseren Verzahnung mit der ambulanten Versorgung wird die Bildung von Krankenhausvereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts auf Landes- und Bundesebene vorgesehen. Die Krankenhausvereinigungen werden zu gleichberechtigten Verhandlungs- und Vertragspartnern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dadurch werden im Krankenhausbereich zur Regelung aller das Verhältnis zu Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen betreffenden Fragen verläßliche und tragfähige Strukturen geschaffen.

8. Neue Kooperationsformen der Gesundheitsförderung

Viele Krankenkassen haben den Auftrag zur Gesundheitsförderung in den vergangenen Jahren genutzt, um zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation ihrer Versicherten beizutragen. Immer wieder stehen aber auch Werbemaßnahmen im Vordergrund. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen werden deshalb durch eine stringente Verpflichtung der Krankenkassen im präventiven Bereich präzisiert und durch eine neue Form der Zusammenarbeit aller hier Beteiligten ergänzt.

9. Korrektur der Zuzahlungsregelungen im Arzneimittelbereich

Die mit dem GSG durchgeführten Veränderungen bei den Zuzahlungen der Versicherten im Arzneimittelbereich bedürfen der Korrektur. Hierbei kommt eine an der „Verzichtbarkeit" von Präparaten orientierte Zuzahlungsstaffel der Arzneimittel nicht in Betracht. Vielmehr wird die mengenorientierte Arzneimittelzuzahlung beibehalten und für chronisch Kranke belastungsgerechter ausgestaltet.

Hierbei wird eine optimal auf die chronisch Kranken eingegrenzte Zuzahlungsentlastung durch entsprechende Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eingeführt. Grundlage hierfür soll eine Auflistung der Präparategruppen für die Therapie chronisch Kranker sowie eine Beschränkung der Verordnung dieser Präparate auf Großpakkungen sein. Hinzu kommt die Befreiung von der Zuzahlung ab der dritten Arzneimittelverordnung in einem Jahr.

c) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entsprechend dem Antrag soll der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auffordern, bei der Umsetzung der Dritten Stufe der Gesundheitsreform folgende konkrete Maßnahmen aufzunehmen und lückenlos umzusetzen, um damit eine solidarische Versorgung im Krankheitsfall zu garantieren. Marktwirtschaft und Wettbewerb sind nicht zur Steuerung eines Gesundheitsversorgungssystems geeignet.

1. Stärkung der Verantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung

Die unterschiedliche Organisationsstruktur der Primär- und Ersatzkassen, die rechtlichen und innerbetrieblichen gesetzlichen Festlegungen haben Innovationen und Modernisierung bislang bei den Krankenkassen verhindert. Die ehemalige „Selbsthilfebewegung Krankenkasse" ist im Laufe der Zeit zu sehr im Funktionärswesen erstarrt. Eine Reform der Kassen ist längst überfällig.

Den reformierten Krankenkassen ist neben der finanziellen auch zu großen Teilen die inhaltliche Verantwortung für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens mit zu übertragen, wie die Umgestaltung der Kassen von einer Behörde zum Dienstleistungsunternehmen mit erhöhter medizinischer und gesundheitspolitischer Kompetenz, Demokratisierung der Strukturen aller Krankenkassen und mit Innovationsklauseln die Vertragsgestaltung zu erweitern.

2. Sinnvoller Ideenwettbewerb über Leistungsfähigkeit und Service

Alle Krankenkassen sollen gleiche Ausgangsbedingungen erhalten und sich über ihre Leistungsfähigkeit und ihren Service, jedoch nicht über kassenspezifisch unterschiedliche Leistungsangebote unterscheiden. Der Wettbewerb zwischen den Kassen muß eingedämmt bzw. perspektivisch gänzlich vermieden werden, eine Risikoselektion darf sich nicht rechnen.

Deshalb soll der bisherige Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen in den einzelnen Regionen morbiditätsbezogen erweitert werden, damit alle Krankenkassen die gleichen ökonomischen Startbedingungen haben. Das Leistungsangebot der Krankenkassen muß einheitlich sein. Die Kassen sollen sich nicht durch ein differierendes Leistungsspektrum, sondern durch ihre Kundenfreundlichkeit und durch die Wirtschaftlichkeit ihres Apparates unterscheiden.

3. Gleiche Versicherungsrechte und Pflichten für alle

Für die Krankenkassen finanziell bedeutsame Patientinnen- und Patientengruppen können sich der gesetzlichen Krankenversicherung entziehen. Gerade diese Gruppe der Besserverdienenden leistet einen zu geringen Solidaritätsbeitrag durch die zu niedrig festgelegten Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen. Ein egalitäres Versicherungsrecht würde die finanzielle Ausgangsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung verbessern und einen sinnvollen Schritt in Richtung Beitragssatzstabilität bedeuten.

4. Abgesicherte Finanzierungsbasis der Krankenkassen

Die Gesamtkosten für das Gesundheitswesen müssen einer globalen Budgetierung unterliegen und dürfen nur indexbezogen steigen. Es muß unterbunden werden, daß finanzielle Belastungen aus anderen Sektoren in den Gesundheitsbereich verlagert werden. Die Steigerung der Krankenkassenausgaben soll sich an der Entwicklung des Bruttosozialprodukts orientieren, das ein verläßlicher Indikator für die wirtschaftliche Entwicklung ist. Die klassische Dualistik der Finanzierung muß weiterentwickelt werden. Zuzahlungen von Patientinnen und Patienten sind zurückzunehmen, da sie keine steuernden Effekte haben, chronisch Kranke benachteiligen und dem Prinzip der Solidarität in der GKV widersprechen.

5. Finanzierungsausgleich nach Gesundheitsindikatoren

Unter der Voraussetzung eines einheitlichen Leistungskatalogs der GKV sind die finanziellen Möglichkeiten der Krankenkassen von ihrer Mitgliederstruktur sowie der sozio-ökonomischen und ökologischen Situation einer Region abhängig. In strukturell schwachen Gebieten sind erfahrungsgemäß mehr Gesundheitsleistungen erforderlich. Dies steht in Gegensatz zu den aufgrund der schlechten Sozialstruktur zur Verfügung stehenden geringen Einnahmen. Die Spirale führt tendenziell zu einer Unterversorgung von strukturell schwachen Regionen, die auch nicht durch den bisherigen Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden kann.

Deshalb ist der Aufbau einer einheitlichen bundesweiten Gesundheitsberichterstattung über Gesundheitsindikatoren, wie sie in der Gesundheitsberichterstattung der Länder und des Bundes z. Z. entwickelt werden, nötig. Unabhängig vom regionalen kassenbezogenen Risikostrukturausgleich soll ein Teil der Kasseneinnahmen gesundheitlich besser gestellter Regionen in Regionen mit negativen Gesundheitsindikatoren umgeleitet werden. Es ist die gezielte Vergabe dieser Mittel für nicht-kurative medizinische Leistungen, z. B. für Prävention und Gesundheitsförderung, vorzusehen.

6. Stärkung der primärärztlichen Verantwortung

Die vom Gesundheitsstrukturgesetz zur Stärkung der hausärztlichen Steuerungsfunktion eingeleiteten Maßnahmen haben nicht gegriffen. Die Situation der Hausärztinnen und -ärzte hat sich vielmehr in den letzten drei Jahren weiter verschlechtert. Durch die überproportionale Niederlassung von Spezialärztinnen und -ärzten wurde die primärärztliche Versorgung zusätzlich gefährdet.

Die primärärztliche Steuerungs- und Koordinierungsfunktion sowie die sprechende Medizin müssen gestärkt werden. Die aktuell diskutierten Modelle, insbesondere der vernetzten Praxen und der Hausärzteabonnements, müssen sich in der Praxis vor dem Hintergrund der Wahlfreiheit bewähren.

Zur Stärkung der Rolle der primärärztlichen Versorgung bedarf es einer Absenkung der Einzelleistungsvergütung und einer ausreichenden Höhe der hausärztlichen Grundvergütung. Der Anteil der primärärztlichen Vergütung an der ambulanten Grundversorgung wird durch ein eigenes Budget abgesichert und sukzessive gesteigert. Die primärärztliche Versorgung erfolgt maßgeblich über Pauschalen pro eingeschriebenen Patienten bzw. eingeschriebene Patientin, ergänzt durch spezifische hausärztliche Einzelleistungsvergütungen nach Zeitaufwand. Die Versorgungsverpflichtung umfaßt auch den präventiven Bereich.

Zur Gewährleistung einer systematischen und kontinuierlichen Weiterbildung von Hausärztinnen und -ärzten ist eine gesetzliche Regelung notwendig. Die Weiterbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin für

Allgemeinmedizin ist künftig die Voraussetzung für die Übertragung der primärärztlichen Versorgung.

7. Aufbau kooperativer ambulanter Leistungsangebote

Integrierte dezentrale Versorgungsangebote, wie sie das Partnerschaftsgesetz ermöglicht, sind gezielt im Honorierungssystem zu fördern. Interdisziplinäre Fallkonferenzen der an der Versorgung beteiligten Berufe für besonders versorgungsintensive Patientinnen und Patienten sind zu vergüten und sollen das vernetzte Handeln fördern. Es soll eine Umstellung von Arztsitzen auf integrierte Versorgungssitze in der Bedarfsplanung erfolgen.

Vernetztes, poliklinisches Denken in den ambulanten Gesundheitszentren, wie sie in den neuen Bundesländern bestehen, muß ausgebaut und weiterentwikkelt werden. Hierzu muß der im SGB V § 311 Abs. 2 festgeschriebene Bestandsschutz entfristet und Kapazitätsausweitungen und Neugründungen müssen gesetzlich ermöglicht werden. Die notwendigen kostendeckenden Pauschalen müssen nachträglich in dem neuen EBM-Vertrag berücksichtigt werden.

8. Nutzung der fachärztlichen und technischen Kompetenz der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser müssen für die spezialärztliche Versorgung geöffnet werden. Der Sicherstellungsauftrag muß dahin gehend geändert werden, daß eine Neuverteilung des Versorgungsauftrags der spezialärztlichen Versorgung möglich ist. Dies beinhaltet insbesondere die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante spezialärztliche Behandlung z. B. in Form der in den neuen Bundesländern bewährten Polikliniken. Übergreifende Organisationsmodelle der ambulanten und stationären Versorgung sind regional zu entwickeln und zu erproben.

9. Statt Verschlankung der Krankenhäuser Umwandlung in ganzheitliche Gesundheitszentren

Die allseits gepriesene und von vielen eingeforderte monistische Krankenhausfinanzierung wird ohne Staatszuschüsse nicht auskommen, besonders bei Neu- und Ersatzbauten. Hier gilt es, keine privatwirtschaftliche Klinikkonzernbildung über die Monistik zu fördern sowie die Bauplanung und Durchführung als öffentliche Aufgabe zu erhalten.

Die duale Krankenhausfinanzierung durch die Kassen und die Länder ist weiterhin aufrechtzuerhalten. Die Krankenhäuser sollen in gesundheitsfördernde, ganzheitlich orientierte Gesundheitszentren umgestaltet werden. Die regionale, flächendeckende Sicherstellung, besonders im ländlichen Raum, ist zu gewährleisten.

Durch organisatorische Neuordnung der gesundheitlichen Versorgung in der Region sind den Krankenhäusern umfassende Versorgungsanteile zu übertragen. Angebote von Kurzzeitpflege, Rehabilitation und poliklinischer Medizin sind in den Krankenhäusern aufzubauen. Die Privilegien sollen durch berufsübergreifende Kooperationen abgebaut werden, die privatärztliche Liquidation soll abgeschafft werden, es soll ein kollegiales Leitungssystem eingeführt werden und es soll eine Abkehr vom disziplinenbezogenen Krankenhausaufbau durch eine Organisation nach disziplinübergreifenden ganzheitlichen Versorgungsformen (Geriatrie) erfolgen.

Die Finanzierung soll über krankenhausbezogene Budgets auf der Grundlage von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherungskriterien sowie ökonomischer Transparenz stattfinden. Für den Material- und Ressourcenverbrauch sollen ökologische Prinzipien starke Beachtung finden. Der Bereich der Pflege im Krankenhaus soll z. B. durch die Schaffung von Qualifizierungsmöglichkeiten oder durch die flächendeckende Realisierung der Gleichstellung von Pflege und ärztlicher Leitung in den Leitungsfunktionen des Krankenhauses aufgewertet werden. Die Bundespflegesatzverordnung darf für das Jahr 1996 nicht ausgesetzt werden, da dies eine Arbeitsverdichtung für die in der Pflege tätigen Beschäftigten bedeutet und pflegerische Qualitätsstandards, die für die Gesundung unentbehrlich sind, nicht gehalten werden können.

Die zum 1. Januar 1996 in Kraft tretende Ruhezeitenregelungen nach dem Arbeitszeitgesetz müssen im Krankenhausbereich umgesetzt werden, und die notwendigen finanziellen Mittel müssen zur Verfügung gestellt werden. Neue Formen privater Praxiskliniken sind schlichtweg abzulehnen, da sie die spezialärztlichen Kompetenzen der Krankenhäuser in einen neu kreierten ambulanten Bereich verlagern, der die Privatisierungstendenz verstärkt. Die Planung der medizinisch-technischen Großgeräte muß beibehalten werden. Gleichzeitig muß hierbei dem „Standortvorteil Krankenhaus" Priorität zugestanden werden.

10. Beschränkung auf wirksame Arzneimittel in der Schulmedizin

Das schulmedizinische Arzneimittelangebot muß auf notwendige Substanzen reduziert werden. Gleichzeitig müssen die Arzneimittelsicherheit gestärkt, die Transparenz verbessert und die Strukturqualität des Arzneimittelangebots gesichert werden. Das Arzneimittelrecht muß dahin gehend reformiert werden, daß ein optimaler Schutz vor möglichen Schädigungen besteht.

11. Stärkung der besonderen Therapierichtungen

Neben den schulmedizinischen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten müssen die besonderen Therapierichtungen im Sinne von Naturheilverfahren gestärkt werden. Naturheilverfahren können nur bedingt mit der Logik der Schulmedizin erfaßt werden. Deshalb ist die Entwicklung von wissenschaftlichen Kriterien, die diesen Verfahren gerecht werden, notwendig.

12. Gesundheitsförderung als regionale Pflichtaufgabe

Die Gesundheitsförderung in der Region zwischen Krankenkassen, öffentlichem Gesundheitsdienst, Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitsfachberufen und Selbsthilfeprojekten ist zu koordinieren. Die Vorschriften des SGB V zur Gesundheitsförderung – ins-

besondere § 20 – sind im Sinne einer Kooperation aller Beteiligten verbindlich zu gestalten.

3. Zu den Beratungen im Ausschuß

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. wiesen darauf hin, daß im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung dringender Handlungsbedarf gegeben sei. Ein großer Teil der Defizite des Jahres 1995 in Höhe von etwa 7,5 Mrd. DM sei auf Entscheidungen des Gesetzgebers zurückzuführen. Dabei handele es sich um die Verringerung der Beiträge, die von der Bundesanstalt für Arbeit für die Bezieher von Arbeitslosengeld geleistet würden. Weiter müßten aus dem Krankengeld höhere Beiträge an die Arbeitslosenversicherung und an die Rentenversicherung gezahlt werden. Im Krankenhausbereich seien weit überproportionale Kostensteigerungen zu verzeichnen, die nicht durch die demographische Entwicklung oder den technischen Fortschritt verursacht seien.

Für den ambulanten Bereich stehe der Gesetzentwurf unter drei Leitmotiven: Leistungsverantwortung, Beitragsverantwortung und Eigenverantwortung. Darin zeige sich schon deutlich der Unterschied zu dem Gesetzentwurf der Fraktion der SPD, denn die Koalition sei bereit, die Konsequenzen aus der Tatsache zu ziehen, daß alle Kostendämpfungsgesetze der Vergangenheit immer nur zu relativ geringen Ergebnissen auf der Kostenseite geführt hätten.

Man wies auf die Entwicklung seit dem Jahre 1976 hin. Es habe immer neue Eingriffe und immer mehr Regulierungen in immer kürzeren Abständen gegeben. Diese Entwicklung müsse angehalten werden, das gesamte System müsse freiheitlicher gestaltet werden. Das heiße im Bereich des Leistungskataloges, daß dieser unverändert bleiben solle, die Umsetzung müsse aber freiheitlicher gestaltet werden. Das bedeute u. a., daß die Krankenkassen Verträge nicht mehr einheitlich und gemeinsam abschließen müßten, wenn dies nicht erforderlich sei.

Daneben sollten die Krankenkassen zusätzliche Gestaltungsmöglichkeiten in ihrer Satzung erhalten, die sich auf die Finanzbeziehungen der Krankenkassen zu ihren Versicherten bezögen. Dabei wurden die Stichworte Beitragsrückerstattung, Selbstbehalte, erhöhte Zuzahlungen oder Sonderbeiträge für zusätzliche Leistungen erwähnt. Nach Ansicht der Mitglieder der Fraktion der SPD sollten diese Möglichkeiten aus dem Gesetz gestrichen werden, die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. betonten dagegen, daß gerade dieser Bereich der Modellvorhaben ausgeweitet werden solle. Dies könne niemandem schaden, sondern nur nutzen.

Bei der Frage der zusätzlichen Leistungen sei es wichtig, daß es nicht zu einer individuellen Zu- oder Abwahl von Leistungen kommen dürfe. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. waren der Auffassung, daß die Trennungslinie zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung aufrecht erhalten werden müsse. Wenn es dort nach der Satzung freiheitliche Gestaltungen geben sollte, dann sollten diese dergestalt sein, daß nach einem entsprechenden Beschluß der Selbstverwaltung die Satzung vorsehe, daß dies allen Versicherten der entsprechenden Kasse zugute kommen müsse.

Viele pflichtversicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sähen in der allein den freiwilligen Mitgliedern eingeräumten Möglichkeit der Kostenerstattung ein ungerechtfertigtes Privileg. Unabweisbare Gründe, die Differenzierung beizubehalten, gebe es nicht. Im Gegenteil: Die Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung für alle Versicherten verstärke das Prinzip der Eigenverantwortung. Frei wählen zu können entspreche der Vorstellung vom mündigen Bürger, der selbst entscheidet, was für ihn zweckmäßig ist. Die Entscheidung für die Kostenerstattung könne zudem das Kostenbewußtsein der Versicherten verstärken. Deshalb solle sie allen Versicherten angeboten werden.

Bei der Beitragsverantwortung sei einer der wichtigen Punkte, daß die Arbeitskosten nicht mehr weiter belastet werden dürften. Deshalb komme dem Beitragssatz eine große Bedeutung zu. Der Gesetzentwurf sehe vor, daß Beitragssatzerhöhungen nur unter ganz besonders erschwerten Bedingungen möglich sein sollten. Beitragssatzerhöhungen für vermeidbare und unwirtschaftliche Entwicklungen sollten ausgeschlossen sein. Der Vorstand einer Krankenkasse könne also beispielsweise nicht dem Verwaltungsrat eine Beitragssatzerhöhung unter dem Hinweis darauf, daß die Verwaltungskosten gestiegen seien, vorschlagen. Wenn eine Erhöhung des Beitragssatzes mit einer plausiblen Begründung vorgeschlagen werde, dann bedürfe es einer qualifizierten Mehrheit von mehr als 75 v. H. der Mitglieder des Verwaltungsrates, um diese Beitragssatzerhöhung zu beschließen. Davon versprachen sich die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. sowohl für die Vertreter der Arbeitnehmer wie auch der Arbeitgeber einen wesentlich höheren Einfluß auf das Gestaltungsgeschehen der Krankenkasse selbst als bisher.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. stellten klar, daß die Transparenz wesentlich verbessert werden solle. Ab dem Jahre 1999 erhielten die Versicherten verbindlich die Möglichkeit, eine Information über die für sie erbrachten Leistungen und deren Abrechnung zu erhalten. Diese Information erhalte der Versicherte nicht von seiner Krankenkasse, sondern von dem Leistungserbringer, der die Leistung erbracht habe.

In der Bevölkerung sei der Eindruck erweckt worden, daß der Gesetzentwurf zusätzliche Belastungen für die Versicherten enthalte. In den Bereichen, in denen es eine absolute Zuzahlung gebe, werde die Zuzahlung lediglich dynamisiert. Damit werde der Zweck verfolgt, bei steigenden Preisen den prozentualen Satz der Zuzahlung konstant zu halten. Es handele sich also nicht um eine Steigerung, sondern um eine Wertsicherung der Zuzahlung.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD unterstrichen, daß es nicht notwendigerweise die Konstruktion des Gesundheitsstrukturgesetzes gewesen sei, die zu den erwähnten Defiziten geführt habe, sondern die zu langsame und nicht exakt durchgeführte Umset-

zung des Gesetzes. Das Gesetz hätte nur konsequent umgesetzt werden müssen, das wäre in die Geschichte der Gesundheitspolitik als fortschrittliche Politik eingegangen.

Zum Bereich des Krankenhauses könne man aus dem Gutachten des Sachverständigenrates zitieren, das schon 1992 vorgelegen habe. Dabei seien einige wesentliche Reformbereiche thematisiert worden, wie die mangelnde Transparenz des Leistungsgeschehens. Man habe Transparenz und Vergleichbarkeit gewollt, damit die Leistungen dort erbracht würden, wo sie patientengerecht und kosteneffizient erbracht werden könnten.

Der Sachverständigenrat habe in seinem Gutachten fehlsteuernde Anreize moniert, womit die Honorierungsformen im Krankenhaus und auch im ambulanten Bereich gemeint gewesen seien. Bei der Bundespflegesatzverordnung werde deutlich, daß durch den nur geringen Anteil des Leistungsgeschehens, der durch Fallpauschalen und Sonderentgelte abgedeckt werde, und des faktischen Fortbestehens des Kostendeckungsprinzips im Rahmen der Abteilungspflegesätze und der Basispflegesätze ein Verschiebebahnhof entstehe. Die Absenkung der Verweildauer sei durch die Krankenhäuser durch eine Ausdehnung der Fallzahlen unter Kostengesichtspunkten wieder zunichte gemacht worden.

Tatsache sei, daß das, was man von den Fallpauschalen und Sonderentgelten erwartet habe, in der jetzigen Form nicht realisiert worden sei. Dieser Weg müsse viel konsequenter gegangen werden, denn nur dann ergebe auch die Monistik einen Sinn. Nur wenn eine Vollkostenrechnung vorliege, habe eine Monistik unter Zurechnung der gesamten Kosten zu den Fallpauschalen einen besonderen Sinn.

Die von der Koalition geforderten Selbstbehalte, Beitragsrückerstattung und Kostenerstattung seien keine neuen Ansätze. Die Mitglieder der Fraktion der SPD betonten, daß ein Selbstbehalt keine Steuerungswirkung habe und sozial unverträglich sei und, wenn er hoch angesetzt sei, auch gesundheitlich bedenklich sei. Die Beitragsrückerstattung bewirke, daß der Beitragssatz für alle anderen Versicherten ansteige, damit der Beitrag für junge, gesunde und alleinstehende Personen gesenkt werden könne. Die Kostenerstattung habe zwar einen positiven Informationseffekt, sie habe aber einen negativen Steuerungs- und Kontrolleffekt, denn die Kontrollfunktionen der Krankenkassen würden unterlaufen. Daneben gebe es einen unerwünschten Finanzierungseffekt, denn die Gesamtkosten seien bei einem System der Kostenerstattung höher, wenn man die Belastung der privaten Budgets hinzurechne.

Zu den Satzungs- und Gestaltungsleistungen stellten sie fest, daß diese die Gefahr in sich trügen, daß mit den Füßen abgestimmt werde. Es gebe zwar keine individuellen Regelungen mit negativen Folgen für eine soziale Krankenversicherung, wenn es aber kassenspezifische Unterschiede in den Angeboten gebe, dann entstehe eine Tendenz, daß diejenigen mit den geringeren Einkommen die mageren Pakete und die anderen die üppigeren Pakete wählten. Wenn man eine solche Differenzierung wolle, dann sei zu fragen, warum man überhaupt eine soziale Krankenversicherung habe.

Wenn das, was das Mindestpaket enthalte, nach den Regeln der ärztlichen Kunst angemessen und wirtschaftlich sei, dann verletze das zunächst nicht den sozialpolitischen Auftrag. Man müsse sich dann aber fragen, warum eine gesetzliche Krankenversicherung ein Zusatzpaket brauche, wenn das die private Krankenversicherung schon heute besser könne. Wenn dem aber nicht so sei, dann laufe man Gefahr, daß die Regelleistungen nach unten gefahren würden und daß der technische Fortschritt in die Wahlleistungen gehe. In dieser Tendenz sahen sie einen Trend zur Entsolidarisierung.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD bezweifelten, ob die vorgesehenen Mechanismen zur Beitragssatzstabilisierung ausreichend seien. Die internationalen Erfahrungen belegten, daß ein globales Budget Flexibilitäten zwischen den Sektoren erlaubten. Dies sei ein sinnvolleres Instrument, denn in allen den Ländern, in denen ein globales Budget zur Anwendung komme, könne mehr Kosteneffizienz und Verteilungsgerechtigkeit realisiert werden. Die Ausgabendynamik könne man bei konsequenter Umsetzung solcher Systeme eher in den Griff bekommen als über eine Mechanik der Abstimmungen im Verwaltungsrat. Auch durch eine Quorumregelung sei dies nicht zu erreichen.

Sie erklärten, schon nach § 223 RVO hätten die Versicherten die Möglichkeit, auf Antrag Informationen über die Kosten der veranlaßten Leistungen zu bekommen. Im Gesundheitsstrukturgesetz sei diese Möglichkeit ebenfalls ausdrücklich vorgesehen.

Sie kritisierten, daß die Koalition die Vorschrift des einheitlichen und gemeinsamen Handelns der Krankenkassen mit Ausnahme der Heilmittel und der Arzneimittel durchgängig streichen wolle. Dies sei nicht der richtige Weg. Dies könne im Gegenteil so lange nicht funktionieren, wie auf der Seite der Leistungsanbieter nicht eine Öffnung und Flexibilisierung Platz greife.

Sie bekräftigten, daß sie nach wie vor das Ziel der monistischen Finanzierung des Krankenhausbereichs anstrebten. Dies dürfe jedoch keine einseitige Veranstaltung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Ziel sei, ein Einvernehmen der gesetzlichen Krankenkassen mit den Ländern herbeizuführen. Nach einer Übergangszeit von zehn Jahren solle im Jahre 2007 die Krankenhausplanung so umgestellt sein, daß sie nur jeweils im Einvernehmen zwischen den Ländern und den Krankenkassen erfolgen könne. Damit dies funktionieren könne, solle ein Fonds gegründet werden. Wenn die Finanzierung der Investitionen ausschließlich über den Pflegesatz erfolgte, dann gäbe es große Unterschiede zwischen den Häusern, weil der Investitionsbedarf sehr unterschiedlich sei. Aus dem Fonds würden dann die notwendigen Investitionen gespeist.

Die Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betonten, es gehe darum, für die Zukunft die Säule der sozialen Krankenversicherung zu stärken. Dabei könnten die zukünftigen ökologischen und

ökonomischen Gegebenheiten nicht vernachlässigt werden. Auf der anderen Seite müsse man fragen, welche Gesundheitsstrukturen man brauche, um diesen Anforderungen gerecht zu werden. Man könne diese Aufgabenstellung nicht auf einzelne Sektoren reduzieren, in denen hier und da etwas verändert werde; man müsse vielmehr die gesamten Wirkungszusammenhänge im Auge behalten. Man müsse sich fragen, was es bedeute, wenn sich der Staat weiter aus diesem Bereich zurückziehe, und was die Vorfahrt für die Selbstverwaltung wirklich bedeute und bewirke.

Sie betonten, daß es sich bei den in dem Antrag ihrer Fraktion vorgelegten Vorschlägen um sehr realitätstaugliche Konzepte handele, weil sie konkrete Antworten für die einzelnen Bereiche enthielten. Sie betonten, daß sich bei einer Fortschreibung des sozialen Charakters der Sozialversicherung eine besser verdienende kleine Gruppe der Beschäftigten nicht der Solidargemeinschaft entziehen dürfe. Ein erster Schritt müsse daher die Anhebung der Beitragsbemessungsgrundlage sein. Langfristig müßten die privaten Krankenversicherungen in ihrem Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung angeglichen werden, um den Sozialcharakter der Krankenversicherung wirklich zu entwickeln.

Demgemäß konnten sie keinen Vorschlägen zustimmen, in die gesetzliche Krankenversicherung Elemente der privaten Krankenversicherung aufzunehmen. Dies widerspreche auch ihrem Verständnis von Krankheitsentstehung, Krankheitsentwicklung, Rehabilitation und vor allen Dingen auch den sozialen und umweltbedingten Ursachen von Krankheiten, denen sich kein Mensch entziehen könne. Schon gar nicht entspräche es ihren Vorstellungen, daß Menschen, die das Gesundheitssystem nicht in Anspruch zu nehmen brauchten, davon auch noch profitierten. Deshalb könnten alle diese Elemente der privaten Krankenversicherung nicht in die gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden.

In der Splittung des ambulanten und stationären Sicherstellungsauftrages sahen sie eine der wesentlichen Ursachen, daß die Ineffizienz fortgeschrieben werde. In ihrem Antrag sei dargestellt, welche Funktion die öffentlichen Krankenhäuser in Zukunft haben müßte, damit diese Ineffizienz abgebaut werden könne. Damit diene man natürlich nicht den Interessen der kassenärztlichen Vereinigungen. Die Vorschläge der Fraktion der SPD gingen in die Richtung, in diesem Bereich eine gewisse Demokratisierung einzuführen. Für den Sektor der kassenärztlichen Vereinigung enthalte der Antrag ihrer Fraktion keine Vorschläge, denn es werde eine andere Organisationsform vorgeschlagen, nämlich ein regionaler Gesundheitsrat.

Die Vorschläge zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens führten letztlich nicht nur dazu, daß die Krankenkassen durch den Wettbewerb ihren sozialen Charakter verlören, sondern daß es für die Politik und die öffentliche Hand unmöglich werde, wirklich steuernd und regulierend sinnvoll in das Gesundheitsgeschehen einzugreifen. Im Grunde genommen würden die Anforderungen für die Gesundheitspolitik immer komplexer. Die Entwicklungen, die in dem Gesetzentwurf mit dem Konzept der Vorfahrt für die Selbstverwaltung angelegt seien, würden es strukturell nicht mehr ermöglichen können, daß die öffentliche Hand diese große und gesellschaftspolitisch wichtige Aufgabe wahrnehmen könne.

B. Besonderer Teil

Soweit die Vorschriften des Gesetzentwurfs unverändert übernommen worden sind, wird auf deren Begründung verwiesen. Zu den vom Ausschuß angenommenen Änderungen ist folgendes zu bemerken:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 2 (§ 23)

Die Regelungen über Zuzahlungen bei Kuren und Krankenhausbehandlung erfolgen im Beitragsentlastungsgesetz. Die Regelung über die Dynamisierung der Zuzahlungen verbleibt im GKVWG (§ 62a SGB V).

Zu Nummer 4 (§ 31)

Da die Neufestsetzung der Arzneimittelzuzahlung im Beitragsentlastungsgesetz erfolgt, wird dort auch die redaktionelle Anpassung des § 31 Abs. 3 vorgenommen. Die Regelung über die Dynamisierung der Zuzahlungen verbleibt im GKVWG (§ 62a SGB V).

Zu Nummer 7 (§ 39)

Siehe Begründung zu Nummer 2.

Zu Nummer 8 (§ 40)

Siehe Begründung zu Nummer 2.

Zu Nummer 9 Buchstabe a (§ 54 Abs. 1)

Den Krankenkassen wird die Möglichkeit eingeräumt, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung als Gestaltungsleistungen in der Satzung vorzusehen. Damit können sie die bisher in § 20 SGB V, der durch das Beitragsentlastungsgesetz präzisiert wird, vorgesehenen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung weiterhin im bisherigen Umfang anbieten. Es wird davon ausgegangen, daß die Beitragstragung durch die Versicherten ein geeignetes Instrument ist, um die Wettbewerbsaktivitäten der Krankenkassen auf sinnvolle und notwendige Projekte zu beschränken und den bisherigen Wildwuchs zu beschneiden.

Zu Nummer 9 Buchstabe b (§ 54 Abs. 2)

Redaktionelle Änderung aufgrund der Neufassung des § 20 durch das Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 10 (§ 60)

Siehe Begründung zu Nummer 2.

Zu Nummer 12 (§ 62 Abs. 1 Satz 2)

Mit der Neuregelung wird die bisherige Belastungsgrenze von 4 v. H. bei Einnahmen zum Lebensunterhalt über der Beitragsbemessungsgrundlage gestrichen. Künftig gilt eine einheitliche Grenze von 2 v. H. für alle Versicherten. Die nach bisherigem Recht möglichen sprunghaften Belastungsanstiege von 2 auf 4 v. H. bei denjenigen, deren Einnahmen die Beitragsbemessungsgrenze nur knapp überschritten, werden vermieden; insbesondere chronisch Kranke werden insoweit entlastet. Die Regelung dient auch der Verwaltungsvereinfachung, zumal die höhere Belastungsgrenze nur von ganz wenigen Versicherten in Anspruch genommen wurde (1994: 1 204 West und 585 Ost).

Zu Nummer 13 (§ 62a)

Klarstellung, daß alle Zuzahlungsbeträge vom 1. Juli 1997 an angepaßt werden. Nur für Zuzahlungen zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie zu Arzneimitteln wird mit dem 1. Juli 1999 ein späterer Zeitpunkt der Dynamisierung festgelegt, weil diese Zuzahlungen – im Gegensatz zu allen anderen – bereits durch das Beitragsentlastungsgesetz zum 1. Januar 1997 erhöht werden.

Zu Nummer 15 (§ 63)

Die Durchführung eines Modellvorhabens kann wirtschaftliche Auswirkungen auf Leistungserbringer haben, die an dem Modellvorhaben nicht beteiligt sind. Die Verbände dieser Leistungserbringer sollen über die Durchführung des Modellvorhabens informiert werden, um gegebenenfalls Stellung nehmen zu können.

Im Entwurf des GKV-Weiterentwicklungsgesetzes ist vorgesehen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten zur Durchführung von Modellvorhaben für die Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und sonstigen Leistungserbringer gesetzlich zu regeln.

Modellvorhaben, die die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versicherung, neue Verfahren und Organisationsformen der Leistungserbringung sowie neue Leistungen der Krankenbehandlung, der Rehabilitation und Prävention zeitlich befristet erproben, werden nur dann sinnvoll durchgeführt werden können, wenn die Daten personenbezogen ausgewertet werden. Eine Einwilligung der Betroffenen kann den Anforderungen und Besonderheiten der jeweiligen Modellvorhaben besser gerecht werden als eine gesetzliche Regelung der Datenflüsse, da sie der konkreten Ausgestaltung eines Modellprojekts angepaßt werden kann. Durch die für die Einwilligung erforderliche Aufklärung über Sinn und Ziel der Modellvorhaben wird gleichzeitig die Motivation des Betroffenen zur Teilnahme gestärkt. Mit der Einwilligungserklärung wird weiterhin sichergestellt, daß die im Rahmen eines Modellvorhabens erhobenen und gespeicherten Daten nur für Zwecke des Modellvorhabens verwendet werden.

Zu Nummer 15 (§ 64)

Klarstellung des Gemeinten.

Zu Nummer 22a (§ 87)

Die Regelung stellt klar, daß die Vertragspartner des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes Instrumente zur Vermeidung einer übermäßigen Ausweitung der Menge abgerechneter vertragsärztlicher Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab einführen können. Damit wird zugleich für die von der Selbstverwaltung bereits beschlossenen Maßnahmen auch im Hinblick auf die Rechtsprechung der Sozialgerichte (insbesondere das Urteil des Bundessozialgerichts zu den sog. „Praxisbudgets" für Laborleistungen) eine tragfähige Rechtsgrundlage geschaffen.

Zu Nummer 23 (§ 89)

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, in die Rechtsverordnung auch Vorgaben für die Qualifikation der unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle, des Vorsitzenden und der beiden unparteiischen Mitglieder aufzunehmen. Dies dient einer möglichst hohen fachlichen Befähigung der unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle.

Zu Nummer 23a (§ 103 Abs. 4)

Abgelehnte Bewerber bei der Praxisübergabe können diese Entscheidung mit Widerspruch und Klage anfechten. Da diese Rechtsbehelfe aufschiebende Wirkung haben, ist die Weiterführung der Praxis unter Umständen erst nach rechtskräftiger Entscheidung über den Praxisnachfolger möglich. Um zu erreichen, daß die Praxis in dieser Zeit weitergeführt wird und keinen Wertverlust erleidet, haben der ausscheidende Arzt bzw. die Erben einen Anspruch auf Ermächtigung eines von ihnen ausgewählten Arztes. Fallen der Zeitpunkt des Endes der Zulassung und der tatsächlichen Aufgabe der vertragsärztlichen Tätigkeit auseinander, so besteht der Anspruch auf Ermächtigung ab dem Zeitpunkt der tatsächlichen Aufgabe. Der Arzt muß die Voraussetzungen, die an einen vertretungsberechtigten Arzt gestellt werden, erfüllen (§ 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte). Die Ermächtigung gilt nicht für den Zeitraum, für den der Berufungsausschuß im öffentlichen Interesse nach § 97 Abs. 4 SGB V oder das Sozialgericht die sofortige Vollziehung der Zulassungsentscheidung angeordnet haben. Das öffentliche Interesse ist insbesondere dann anzunehmen, wenn der in der Hauptsache gegen die Entscheidung des Berufungsausschusses eingelegte Rechtsbehelf offensichtlich keine Aussicht auf Erfolg hat.

Zu Nummer 27 (§ 114)

Die Landesregierungen werden ermächtigt, in die ergänzende Rechtsverordnung auch Vorgaben für die Qualifikation der unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle aufzunehmen. Diese Änderung ist für die Bestellung des Vorsitzenden und der beiden unparteiischen Beisitzer von Bedeutung.

Zu Nummer 31 a (§ 141 Abs. 4)

Der Bericht, durch den der Bundesminister für Gesundheit den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes im Abstand von drei Jahren über die Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge der Konzertierten Aktion zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen berichten soll, ist entbehrlich. Die Beitragssatzentwicklung ist der amtlichen Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung zu entnehmen. Durch § 141 Abs. 2 Satz 4 wird außerdem den Beteiligten der Konzertierten Aktion auferlegt, über die Empfehlungen und deren Umsetzung zu berichten. Zudem stellt auch die mittlerweile auf der Grundlage von § 141 Abs. 3 Satz 3 SGB V verabschiedete Geschäftsordnung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen eine solche Berichtspflicht der Beteiligten sicher.

Zu den Nummern 33 a und 33 b (§§ 209 a und 212 Abs. 5)

Folgeregelung zur Einführung von § 35 a Abs. 8 SGB IV.

Zu Nummer 37 (§ 249)

Die Änderung trägt der besonderen Situation der Bundesknappschaft Rechnung, deren Selbstverwaltungsorgane sich zu zwei Dritteln aus Vertretern der Versicherten und zu einem Drittel aus Vertretern der Arbeitgeber zusammensetzen. Ohne die Klarstellung müßte auch bei der Bundesknappschaft aufgrund der nicht paritätischen Zusammensetzung der Selbstverwaltung eine Beschränkung der Beitragstragungslast der Arbeitgeber auf die Hälfte des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Ortskrankenkassen erfolgen. Da jedoch die Arbeitgeber als Gruppe vertreten sind, ist eine Klarstellung notwendig.

Zu Nummer 38 a (§ 274)

Über die rechtsaufsichtliche Überprüfung der Kassen und kassenärztlichen Vereinigungen nach § 88 SGB IV hinaus sieht § 274 eine sehr weitreichende und bis in die Einzelheiten der Betriebs- und Geschäftsführung hineingehende Überprüfung vor. Diese Prüfung ist jedoch entbehrlich.

Die Prüfung der Geschäftsrechnungs- und Betriebsführung von Kassen und kassenärztlichen Vereinigungen widerspricht der beabsichtigten Stärkung der Selbstverwaltung unter dem Grundsatz: „Vorfahrt für die Selbstverwaltung". In Ausfüllung dieses Grundsatzes ist es konsequent und sinnvoll, den Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen auch die Kompetenz einzuräumen, in eigener Verantwortung die organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Aspekte ihrer Tätigkeit zu überprüfen bzw. überprüfen zu lassen. Eine derartige Selbstüberprüfung wurde bereits in der Vergangenheit erfolgreich durch die Beauftragung privater Wirtschaftsprüfungsunternehmen praktiziert, mit z. T. weitreichenden personellen und organisatorischen Konsequenzen in der betroffenen Körperschaft.

Insbesondere bei den kassenärztlichen Vereinigungen ist eine Prüfung nach § 274 auf betriebswirtschaftliche Fragen überflüssig, da die Organisationsstruktur der kassenärztlichen Vereinigungen eine sehr intensive Mittelverwendungskontrolle beinhaltet. So finanzieren sich die kassenärztlichen Vereinigungen ausschließlich aus den Beiträgen ihrer Mitglieder, die dies aus ihrem eigenen Honorar aufbringen müssen. Der Verwaltungshaushalt einer kassenärztlichen Vereinigung muß von der Vertreterversammlung genehmigt werden, in der wiederum beitragszahlende Mitglieder sitzen. Die Vertreterversammlung hat daher ein sehr hohes Eigeninteresse bei einer wirtschaftlichen Betriebsführung.

Aber auch bei den Krankenkassen ist eine Prüfung im Umfang des § 274 nicht sinnvoll, da die beabsichtigte Stärkung der Eigenkompetenz der Krankenkassen mit derartig weitgehenden Kontrollbefugnissen nicht in Einklang stehen.

Darüber hinaus steht die Prüfung nach § 274 mit den allgemein bestehenden Bestrebungen, staatliche Eingriffe zurückzunehmen, im Widerspruch. Durch die betriebswirtschaftliche Überprüfung übernimmt der Staat Aufgaben, die die Betroffenen in zumindest gleicher Qualität auf dem freien Markt bekommen können.

Zu den Nummern 41 und 43 (§§ 285 und 294)

Die Befugnis der kassenärztlichen Vereinigungen und der Leistungserbringer, personenbezogene Daten für die Durchführung von Modellvorhaben zu erheben und zu verarbeiten, bedarf keiner gesetzlichen Regelung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt (siehe Nummer 15, Ergänzung des § 63 Abs. 5).

Zu Nummer 46 (§ 310)

Da die Neufestsetzung der Zuzahlungen im Beitragsentlastungsgesetz erfolgt, muß die bisherige Regelung zur Erhöhung der Zuzahlungen-Ost entfallen. Die Dynamisierung der Zuzahlungen verbleibt dagegen im GKVWG (§ 62 a SGB V). Die Neufassung bewirkt, daß die – niedrigeren – Zuzahlungsbeträge-Ost jeweils zum gleichen Zeitpunkt angepaßt werden wie die entsprechenden Zuzahlungsbeträge-West.

Zu Artikel 2

Zu Nummer 1 (§ 35 a)

Die Haftung des Vorstandes gegenüber dem Versicherungsträger ist bisher im SGB IV nicht geregelt. Der Haftungsmaßstab wurde in der Regel einzelvertraglich auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränkt. Im Hinblick darauf, daß nach der Rechtsprechung eine Haftung des Arbeitnehmers – auch der Angestellten der Krankenkassen – mindestens für mittlere Fahrlässigkeit möglich ist, erscheint eine Beschränkung der Haftung der nun hauptamtlichen Vorstandsmitglieder auf grobe Fahrlässigkeit und Vorsatz nicht angemessen. Im übrigen erscheint es sachgerecht, daß die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz erweiterten Aufgaben und die gestiegene Be-

deutung des Vorstandes zu einer dieser Verantwortung entsprechenden Haftung führen. Die Regelung orientiert sich an der Haftung der Vorstandsmitglieder im Aktienrecht (§ 93 AktG). Die Haftungsregelung umfaßt nicht die Schäden, die einem Dritten infolge hoheitlichen Handelns des Vorstandsmitglieds entstehen. Als gesetzlicher Haftungsmaßstab ist die Vorschrift nicht abdingbar.

Zu Artikel 6

Zu Nummer 1 Buchstabe a und b

Angesichts der zunehmenden Bedeutung der Schiedsstelle für alle Kernbereiche der Krankenhausfinanzierung wird die Schiedsstelle um zwei unparteiische Beisitzer erweitert. Dies entspricht den Schiedsstellenregelungen in §§ 89 und 114 SGB V.

Zu Nummer 1 Buchstabe c

Der Vorsitzende der Schiedsstelle und sein Stellvertreter werden künftig bei Nichteinigung der Beteiligten durch den Präsidenten des Landessozialgerichts berufen. Die Verlagerung dieser Befugnis von der zuständigen Landesbehörde auf den Präsidenten des Landessozialgerichts stärkt die Neutralität des Schiedsstellenvorsitzenden.

Die Zuweisung der Berufungskompetenz an den Präsidenten des Landessozialgerichts – und nicht an den Präsidenten des Oberverwaltungsgerichts/Verwaltungsgerichtshofes – dient der Angleichung an die Schiedsstellenregelung in § 89 SGB V für die vertragsärztliche Versorgung (siehe Artikel 1 Nr. 23).

Zu Nummer 2

Die Landesregierungen werden ermächtigt, in die ergänzende Rechtsverordnung auch Vorgaben für die Qualifikation der unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle aufzunehmen. Dies ist für die Bestellung des Vorsitzenden und der beiden unparteiischen Beisitzer der Schiedsstelle von Bedeutung.

Zu Artikel 6 a

Zu Nummer 1 (§ 4 Abs. 2)

Die Neufassung des Satzes 2 stellt die Handlungsfähigkeit der Schiedsämter sicher, auch wenn Mitglieder oder ihre Stellvertreter abberufen werden.

Zu Nummer 2 (§ 5)

Übernahme der Neuregelung in Nummer 1 auch bei Amtsniederlegung.

Zu Nummer 3 (§ 16 a)

Die Neuregelung stellt die Beschlußfähigkeit der Schiedsämter auch nach Auszug einer Seite der Mitglieder aus dem zuvor beschlußfähigen Schiedsamt und bei Nichterscheinen einer Seite der Mitglieder sicher. Die unparteiischen Mitglieder müssen in jedem Fall anwesend sein.

Zu Nummer 4 (§ 18)

Anpassung an § 89 SGB V, nach dem die Vertragsinhalte mit der Mehrheit der Mitglieder des Schiedsamtes festgesetzt werden.

Bonn, den 22. Mai 1996

Klaus Kirschner

Berichterstatter

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 53113 Bonn
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon: 02 28/3 82 08 40, Telefax: 02 28/3 82 08 44
ISSN 0722-8333